

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2018 81

## Entscheid vom 14. Dezember 2018

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

C.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D.\_\_\_\_\_,  
E.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**E.\_\_\_\_\_ AG**, Recht & Compliance, E.\_\_\_\_\_, 8081 Zürich,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Fallabschluss)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_, geb. 7. Oktober 1953, arbeitet seit dem 1. Januar 2007 als Geschäftsführerin bei der A.\_\_\_\_\_ GmbH, deren Gesellschafterin sie auch ist. Als solche ist sie bei der E.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend E.\_\_\_\_\_) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Daneben arbeitet sie bei der O.\_\_\_\_\_ AG, deren Verwaltungsrat sie angehört. Am 10. Dezember 2014 rutschte sie zu Hause auf dem nassen Terrassenboden aus und verletzte sich dabei an der linken Hand (Vi-act. K1). Die E.\_\_\_\_\_ erbrachte in der Folge Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung).

**B.** Nach Einholung eines orthopädischen Gutachtens vom 7. September 2017 verfügte die E.\_\_\_\_\_ am 19. Dezember 2017 die Einstellung der Leistungen per 7. Mai 2017. Der Status quo sine vel ante sei spätestens per 30. März 2015 erreicht worden; auf eine allfällige Rückabwicklung des Schadenfalles werde jedoch verzichtet (Vi-act. K95).

**C.** Gegen diese Verfügung liess C.\_\_\_\_\_ am 1. Februar 2018 Einsprache erheben mit dem Antrag, die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, eventualiter sei eine neue medizinische Beurteilung einzuholen (Vi-act. K97).

**D.** Mit Entscheid vom 16. August 2018 wies die E.\_\_\_\_\_ AG die Einsprache ab.

**E.** Gegen den Einspracheentscheid lässt C.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 11. September 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der E.\_\_\_\_\_ AG vom 16. August 2018 sei dahingehend abzuändern, dass die E.\_\_\_\_\_ AG der Beschwerdeführerin betreffend das Ereignis vom 10. Dezember 2014 bzw. 14. Februar 2013 und den nunmehr daraus resultierenden Handgelenksbeschwerden vollumfänglich (über den 7. Mai 2017 hinaus) die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der E.\_\_\_\_\_ AG vom 16. August 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 3. Oktober 2018 die Abweisung der Beschwerde.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

**1.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

**1.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**1.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen prak-

tisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2).

**1.3** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C\_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der *status quo ante* noch der *status quo sine* je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Bundesgerichtsurteil 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des *status quo sine vel ante* (vgl. Urteile BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C\_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C\_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 und U 143/02 vom 25.10.2002

Erw. 3.2). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 Erw. 2.2 [8C\_354/2007]).

**2.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 Erw. 3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

**2.2** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die Suva bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 357 Erw. 1c).

**2.3** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien

gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**2.4** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**3.** Bezüglich des Unfallereignisses vom 10. Dezember 2014 und des Gesundheitszustandes der Versicherten ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

**3.1** Am Tag nach dem Unfall, d.h. am 11. Dezember 2014, konsultierte die Versicherte Dr. B.\_\_\_\_\_, Chiropraktor, welcher (nach Einholung einer MRI- und CT-Abklärung) eine Distorsion des Daumengrundgelenks links mit knöchernem Ausriss am Os trapezium und eine Zerrung der Gelenkkapsel und der angrenzenden Bänder diagnostizierte. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Januar 2015 attestiert (Bericht vom 24. Januar 2015, Vi-act. M3).

Dem Bericht über die am gleichen Tag durchgeführte MRI- und CT-Untersuchung an der Sport Clinic Zürich kann entnommen werden (Bericht Dr.med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Medizinische Radiologie, Vi-act. M1):

Das Daumensattelgelenk steht in Subluxation. Es findet sich eine deutliche Zerrung der Gelenkkapsel und ein Hämarthros. Im an der Basis der des Os

metakarpale, an der Basis des Os Trapezium besteht ein Knochenödem. Es findet sich ein Knorpeldefekt mit Verschmälerung des Gelenkspaltes bei STT Arthrose und bei zusätzlicher Rhizarthrose. Dabei finden sich Randzacke vor allem im radialen Bereich am Trapezium und an der Basis des Os metakarpale D I. Im Bereich des Kapselansatzes besteht ein nicht dislozierter kleiner knöcherner Ausriss, länglich.

Beurteilung:

Wahrscheinlich traumatisierte Rhiz- und STT Arthrose mit alten osteophytären Veränderungen oder alten knöchernen Ausrissen. Verdacht auf nicht dislozierter gut stehendem knöcherner Ausriss am Os trapezium. Zerrung der Gelenkscapsel und der angrenzenden Bänder.

**3.2** PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, spez. Handchirurgie, diagnostizierte am 13. Januar 2015 nach Einsicht in die MRI-Bilder eine traumatisierte Rhizarthrose links. In der Anamnese wird u.a. festgehalten, dass bereits zwei Jahre früher bei einer Knieverletzung nach Stockbelastung beider Hände eine Schmerzepisode am linken Daumen aufgetreten sei. In der Beurteilung führt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ aus, im Wesentlichen liege eine aktivierte Rhizarthrose vor, mit einem vor dem Trauma beschwerdearmen Zustand (bis auf die Schmerzepisode nach Stockbelastung). Jetzt gelte es, diesen Vorzustand mit konservativen Massnahmen wieder zu erlangen (Vi-act. M2).

**3.3** Am 11. März 2015 wurde eine weitere MRI-Untersuchung an der Sport Clinic Zürich durchgeführt. Im entsprechenden Bericht führt Dr.med. P.\_\_\_\_\_ aus (Vi-act. M4):

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 11.12.2014 ist das Knochenödem an der Basis des Os metakarpale I.

Weiterhin Rhizarthrose Stadium IV mit Peritrapezialarthrose, ausgeprägter Subluxation des Metacarpale I und beginnende Gelenksdestruktion.

**3.4** Am 17. April 2015 wurde die Versicherte durch Dr.med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Er diagnostizierte eine fortgeschrittene, schmerzhafte Peritrapezialarthrose links. Zu den am 11. Dezember 2014 durchgeführten bildgebenden Befunden führt er aus, dass eine deutliche Rhizarthrose und eine mässige STT-Gelenksarthrose vorliege, so-wie eine markante Subluxation des Metacarpale I. Die übrigen abgebildeten Gelenke seien altersentsprechend und schön erhalten. Es verbleibe zur Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von 75% (Vi-act. M5).

**3.5** Am 28. April 2015 berichtete Dr. B.\_\_\_\_\_ über einen protrahierten Verlauf. Der Sturz habe die Problematik aktiviert. Eine Ruhigstellung reiche nicht aus. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 75% (Vi-act. M6).

**3.6** Mit E-Mail vom 19. Juni 2015 wandte sich Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, als beratender Arzt der Vorinstanz an Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und bat um eine Besprechung. Die Rhizarthrose sei die häufigste Arthrose beim Menschen. Die Versicherte habe schon vor dem Unfallereignis Symptome an der linken Hand gehabt und die zum Unfalltag sehr zeitnahe bildgebende Dokumentation zeige erhebliche arthrotische Veränderungen inklusive der typischen Subluxation. In versicherungsmedizinischer Hinsicht müsste wenige Wochen nach dem Trauma von einem Erreichen des status quo sine gesprochen werden (Vi-act. K27).

Mit Bericht vom 24. Juni 2015 hielt Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ dann fest (Vi-act. M8), dass die Diagnose aktuell noch überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 10. Dezember 2014 liege. Insbesondere die MRI-Darstellungen zeigten strukturelle Veränderungen am Daumensattelgelenk, die als Traumafolge anzusehen seien (Hämarthros, abgesprengtes Knochenstück, Knochenödem). Damit sei die Arthrose des Gelenkes in einen dauerhaft aktivierten Zustand versetzt worden. Die Rhizarthrose sei unfallfremd. Es handle sich um eine richtungsgebende Verschlimmerung, da traumatisch entstandene strukturelle Veränderungen nachweisbar seien. Als Geschäftsführerin sollte die Versicherte zu ca. 75% arbeitsfähig sein. Administrative Arbeiten sowie Instruktionstätigkeiten könnten ohne Einschränkungen durchgeführt werden.

Aus dem Bericht von Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ ergibt sich im Weiteren, dass dieser Dr.med. P.\_\_\_\_\_ kontaktiert hatte, um eine vollständige Beurteilung der MRI-Untersuchung vom 11. März 2015 zu erhalten. Der vervollständigte MRI-Bericht wird in Bericht von Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ wie folgt zitiert:

Vergleichen mit der Voruntersuchung vom 11.12.2014 ist das Knochenödem an der Basis des Os metacarpale I leicht regredient. Auch das Ödem im Os trapezium ist ganz regredient. Der Gelenkserguss bzw. Hämarthros ist deutlich regredient.

Der kleine knöcherne Ausriss im Bereich des Kapselansatzes ist aktuell fusioniert und nicht mehr gereizt.

Weiterhin Rhizarthrose Stadium IV mit Peritrapezialarthrose, ausgeprägter Subluxation des Metacarpale I und beginnende Gelenksdestruktion.

Beurteilung:

Fusionierter knöcherner Kapselausriss am Os trapezium, leichte Regredienz der Reizung der aktivierten Rhizarthrose.

**3.7** Am 21. September 2015 unterzog sich die Versicherte bei Dr.med. G.\_\_\_\_\_ einer Operation am linken Daumengelenk (Trapezektomie, partielle Trapezoid-ektomie und Suspensions-Interpositionsarthroplastik nach Epping

links, Vi-act. M12). Nach der Operation bestand wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. M13).

**3.8** Im Bericht vom 14. Oktober 2015 (Vi-act. M14) beschreibt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine Verbesserung der Schmerzsituation. Aktuell würde nur noch Paracetamol eingenommen (2 x 500 mg).

**3.9** Mit Bericht vom 10. November 2015 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest (Vi-act. M15):

Nach mittlerweile günstigem Verlauf ist Frau C.\_\_\_\_\_ am 30.10.2015 gestürzt, wobei auch die operierte linke Hand zumindest in milder Form kompromittiert wurde. Frische ossäre Läsionen konnten radiologisch ausgeschlossen werden, und auch klinisch finden sich keine Anhaltspunkte für traumatische Veränderungen. Die Daumenbeweglichkeit ist unter Berücksichtigung des erst 6-wöchigen operativen Verlaufs sehr gut. Schmerzen bestehen keine mehr.

**3.10** Am 16. Dezember 2015 berichtete Dr.med. G.\_\_\_\_\_ über einen weiterhin günstigen Verlauf; nur noch in der Nacht würden Beschwerden angegeben. Die Beweglichkeit sei praktisch normal, die Kraft noch deutlich verringert. Es bestünden keine Einschränkungen in Bezug auf den Handeinsatz mehr (Vi-act. M17).

**3.11** Weil nach Durchführung einer Gesichtsmassage zeitlich verzögert wieder Schmerzen auftraten, untersuchte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ die Versicherte am 15. Januar 2016 ein weiteres Mal (Vi-act. M18). In der Beurteilung hielt er fest:

Knapp 4 Monate nach Sattelgelenksarthroplastik links ist die Belastbarkeit des linken Daumens nach wie vor eingeschränkt, was allerdings zeitlich absolut nicht aus dem Rahmen fällt. Strukturelle Probleme finden sich klinisch nicht, so dass nun doch einerseits selbstständig, andererseits aber auch unter begleitender Handtherapie der Kraftaufbau etwas forciert wird. (...). Einschränkungen hinsichtlich Belastbarkeit des Daumens bestehen grundsätzlich nicht mehr.

Die Arbeitsunfähigkeit betrug bislang 100%, ab 14.01.2016 besteht wiederum die 50%-ige Arbeitsfähigkeit, wobei insbesondere administrative Arbeiten möglich sind; manuelle Tätigkeiten sollen nun aber ebenfalls zunehmend ausgeführt werden.

**3.12** Auch mit Bericht vom 19. Februar 2016 schildert Dr.med. G.\_\_\_\_\_ eine günstige Entwicklung hinsichtlich Beweglichkeit und Daumenkraft. Die linke Hand dürfe im Alltag ohne Einschränkungen eingesetzt werden. Ab dem 1. März 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30%; die fortbestehende Einschränkung sei durch den noch wenig belastbaren Spitz- und Schlüsselgriff bedingt, weshalb entsprechend auch eine eingeschränkte Einsatzfähigkeit im Kosmetikbereich bestehe (Vi-act. M19).

**3.13** Am 1. April 2016 konsultierte die Versicherte Dr.med. G.\_\_\_\_\_ ein weiteres Mal, wobei dieser in seinem Bericht vom 8. April 2016 festhielt (Vi-act. M20):

Gut 6 Monate nach Sattelgelenksarthroplastik links klagt Frau C.\_\_\_\_\_ nach wie vor über störende Restbeschwerden, welche ihr den normalen Handeinsatz nicht erlauben. Insbesondere sind die im Kosmetikbereich notwendigen Massage- und Lymphdrainage-Griffe nach wie vor nicht möglich, dies einerseits aufgrund der reduzierten Kraft, andererseits aber auch koordinativ. Bei stärkerer Belastung treten offensichtlich doch wieder vermehrt Beschwerden auf, aber auch in Ruhe werden praktisch anhaltende krampfartige Restbeschwerden in den proximalen Thenarmuskelanteilen angegeben. Die Handtherapie konnte allerdings auch nur noch in ca. 3-4 wöchentlichen Abständen stattfinden, wobei die Patientin versichert, diese Massnahmen auch selber in ihrem Institut durchführen lassen zu können. Trotz allem erscheint mir ein sanftes Kraftaufbautraining dringend notwendig, da die muskuläre Situation dekonditioniert erscheint und ohne ein solches Krafttraining auch keine Kraftsteigerung erwartet werden darf.

(...). In diesem Zusammenhang habe ich die Patientin einmal mehr darauf aufmerksam gemacht, dass die weitgehende Normalisierung der Daumenfunktion – wie bereits präoperativ besprochen – ca.12 Monate beanspruchen wird.

In Bezug auf die milden dupuytren'schen Veränderungen insbesondere in der linken Hohlhand, welche sich in den vergangenen Wochen spontan und mehr oder weniger schlagartig entwickelt haben, hat sich die Patientin bereits über die elektronischen Medien eingehend informiert. Da sie in ihrer Familie keine solche Erkrankung finden konnte, vermutet sie einen Zusammenhang mit der Operation; dies ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen.

Die Arbeitsfähigkeit verbleibt vorderhand bei 30%.

**3.14** Nachdem die Versicherte am 27. April 2016 in den Ferien gestürzt war und sich dabei auf der linken Hand abstützte, konsultierte sie am 3. Mai 2016 Dr.med. G.\_\_\_\_\_, wobei keine Auffälligkeiten festgestellt werden konnten (entsprechende Abklärungen mit demselben Ergebnis wurden offenbar bereits vorgängig in der Klinik Hirslanden gemacht). Die Situation in der linken Hand habe sich zwischenzeitlich nur unwesentlich verbessert, es bestünde nach wie vor eine Schmerzhaftigkeit in den eher proximalen Thenaranteilen und entsprechend auch eine Belastungsinsuffizienz der linken Hand, wobei ein Carpaltunnelsyndrom habe ausgeschlossen werden können. Weiterhin sei ein Kraftaufbau vordringlich (Vi-act. M21).

**3.15** Mit Bericht vom 17. September 2016 hielt der Chiropraktor Dr. B.\_\_\_\_\_ auf Anfrage gegenüber der Vorinstanz fest, dass das operierte Daumengrundgelenk weiterhin Schmerzen verursache. Die Koordination der linken Hand hinterher der rechten Hand. Therapien fänden wegen häufiger Auslandsabwesenheit der Patientin nur unregelmässig statt. Eine weitere Besserung sei noch zu erwarten. Es würden Koordinationsübungen, Triggerpunkttherapien sowie

auch die Kryotherapie weiter durchgeführt, um eine optimale Gelenkbewegung zu erhalten. Bei regelmässig durchgeführtem Koordinationstraining sollte die Hand für die benötigten Aufgaben in drei Monaten gerüstet sein (Vi-act. M22).

**3.16** Am 23. Januar 2017 hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie und Traumatologie, K.\_\_\_\_\_ Zürich, auf Anfrage hin gegenüber der Vorinstanz fest, der Daumen links werde fehlerhaft belastet. Es bestehe eine erhebliche Kraftminderung, eine Fehlhaltung des Daumens und eine unphysiologische Belastung bei Arbeitsbewegungen. Die Versicherte könne mit der linken Hand keinen Druck im Daumen aufbauen und keine schnellen Bewegungen ausführen. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Dr.med. I.\_\_\_\_\_ schlägt insbesondere die Durchführung einer funktionellen Ergotherapie zur Besserung des Zustandes vor (Vi-act. M23).

**3.17** Gemäss dem Bericht vom 23. April 2017 von Dr. B.\_\_\_\_\_ bestünden weiterhin Schmerzen im Daumengrundgelenk, der Ruheschmerz habe gebessert. Mit der operierten Hand könne die Versicherte nicht mehr Massagen durchführen. Auch das Öffnen einer Flasche sei z.B. nicht möglich. Seit September 2016 hätten sich die Schmerzen leicht reduziert und eine leichte Belastungssteigerung im Alltag sei möglich gewesen. Therapien seien bei ihm nicht durchgeführt worden. Da die angewiesenen Übungen schmerzten, seien sie nicht mehr durchgeführt worden. Aus Sicht der Patienten sei der Zustand nicht ausreichend gut, da sie bei Daumenbelastung immer noch Schmerzen habe. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest (Vi-act. M24):

Die durchzuführenden Instruktionen, bei welchen die Funktion der Daumen benötigt würde, nehmen geschätzte 5 Tage pro Monat ein. Entsprechend bleibt eine Einbusse bei der Arbeitsunfähigkeit trotz aller durchgeführten Massnahmen bestehen. Diese bestünde bei der bisherigen Tätigkeit bei einem Prozentgrad von 25% Arbeitsunfähigkeit und wird in naher Zukunft kaum ändern.

Weitere Therapien seien nicht vorgesehen.

**3.18** Gegenüber der Vorinstanz hielt Dr.med. I.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 2. Mai 2017 (Vi-act. M25) fest, die Versicherte sei noch in laufender Behandlung in der Ergotherapie. Subjektiv hätten sich die Beschwerden nur unwesentlich verbessert, objektiv bestehe eine deutliche Besserung der Handfunktion. Durch die weitere Behandlung könne die Handfunktion weiter gebessert werden. Er schlage eine weitere Serie von Ergotherapien vor, wobei die Behandlungsfrequenz auf vierzehntägig reduziert werden könne. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Mit einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion des Daumens sei nicht zu rechnen, da das Daumensattelgelenk reseziert wurde, was immer zu einer Kraftminderung im Daumen führe.

**3.19** Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ hielt zu Händen der Vorinstanz nach Einsicht in die Akten am 18. Mai 2017 (Vi-act. M26) fest, dass der Gesundheitszustand der Versicherten stationär sei. Die Therapie sei nur noch symptomatisch und es sei keine grundlegende Verbesserung des krankhaften Zustandes möglich. Zur Frage, ob eine Chronifizierung der Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit drohe, hielt Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ fest:

In der Stellungnahme des beratenden Arztes vor 2 Jahren (Juni 2015) wurde als realistisches Ziel die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in einem Ausmass von 75% angegeben. Dieser Ansatz wurde für eine ausschliesslich manuelle Tätigkeit postuliert, die de facto von der Versicherten wohl nicht zu leisten ist (...).

(...).

Die bewährte OP nach Epping (...), die bei der Versicherten am 21.09.2015 vorgenommen wurde, führt anerkannt zu günstigen funktionellen Resultaten auch was die Kraft für den Daumenstrahl anbetrifft. Tätigkeiten, die mit einer ausgesprochen kraftvollen Opposition des Daumens verbunden sind (z.B. vergleichsweise Kraft, die für das Auswringen eines Tuches benötigt wird), können allerdings nicht mehr uneingeschränkt ausgeführt werden. Ob solche den Pinch-Grip fordernde Funktionen quasi den ganzen Tag über ständig von der Versicherten abverlangt werden, ist von hier nicht abschliessend einschätzbar, sollte ggf. hinterfragt werden.

Für eine angepasste Tätigkeit (Bürotätigkeit) ohne repetitive Belastungen der linken Hand (eigentlich nur des linken Daumenstrahles) ist von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. (...).

Auf die Frage, ob mit einer unfallbedingten, bleibenden Beeinträchtigung zu rechnen sei, führte Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ aus:

Ja, der Anteil unfallbedingten Beeinträchtigungen ist gering, da schon vorher eine wesentliche Rhizarthrose manifest war.

Auf die Frage, ob ein Integritätsschaden vorliege, antwortete Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_:

Der durch den Unfall bedingte Anteil der IE erreicht nicht die Schwelle von 5% aufgrund des erheblichen Vorschadens einer Rhizarthrose.

(...).

**3.20** Im Auftrag der Vorinstanz wurde die Versicherte am 15. August 2017 durch Dr.med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie, SMAB AG, untersucht. Im Gutachten vom 7. September 2017 (Vi-act. M27) gelangte Dr.med. J.\_\_\_\_\_ zu folgenden Diagnosen (S. 13):

Unfallrelevante Diagnosen

1. Kapsel-, Bänderzerrung des linken Daumensattelgelenkes bei vorbestehender Rhiz- und STT-Arthrose links infolge Unfallereignis vom 10.12.2014

Nicht-unfallrelevante Diagnosen

1. St. n. Resektions-Supinations-Interpositionsarthroplastik des linken Daumensattelgelenkes 09/2015
2. Rhizarthrose rechts
3. Beginnender Hallux rigidus rechts

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung führt Dr.med. J.\_\_\_\_\_ aus:

(...). Am 11.12.2014 erfolgten ein MRI und ein CT der linken Hand, die eine vorhandene Rhiz- und STT-Arthrose mit alten osteophytären Veränderungen oder alten knöchernen Ausrissen darstellten. Bei dieser zeitnahen Dokumentation wurden lediglich eine Zerrung der Gelenkkapsel und der angrenzenden Bänder als traumatische Folgen beschrieben, so dass von gutachterlicher Seite von einer vorübergehenden Verschlechterung eines vorbestehenden krankhaften Zustandes ausgegangen wird. Eine Zerrung der Gelenkkapsel und der angrenzenden Bänder des linken Daumensattelgelenkes werden nach etwa 3 Monaten posttraumatisch als ausgeheilt betrachtet. Zu diesem Zeitpunkt wird das Erreichen des Status quo sine vel ante eingeschätzt. Dies wird unterstrichen durch den Hinweis im Bericht von PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 13.01.2015 auf einen vor dem genannten Trauma beschwerdearmen Zustand (nicht beschwerdefreien Zustand) bis auf die Schmerzepisode nach Stockbelastung. Nach Angaben der Versicherten bezieht sich dieser Hinweis auf massive Schmerzen des linken Daumens beim Laufen mit Walking-Stöcken nach einem Skiunfall am 14.02.2014 [recte 2013] mit konservativ behandelte Fraktur des linken Schienbeines. Aufgrund dieser Schmerzen sei das Laufen an Stöcken nicht möglich gewesen, so dass sie zwischenzeitlich sogar im Rollstuhl gesessen habe. Trotz der massiven Beschwerden sei damals der Daumen weder untersucht noch behandelt worden. Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung zeigte sich eine ausgeprägte Atrophie des linken Daumenballens. Die grobe Kraft beider Hände wurde seitengleich vermindert dargeboten. Übereinstimmend mit dem klinischen Befund stellen sich in den aktuellen Röntgenaufnahmen reguläre postoperative Verhältnisse im Bereich des linken Daumensattelgelenkes nach Resektionsarthroplastik mit einer geringen Verkürzung des linken Daumens dar, das rechte Daumensattelgelenk zeigt eine mässige Rhizarthrose. Mit der Entwicklung einer Rhizarthrose ist konsekutiv eine schmerzhaft Verminderung der groben Kraft verbunden. Bei der operativen Behandlung der Versicherten erfolgte die Durchführung einer Resektions-Suspensions-Interpositionsarthroplastik des linken Daumensattelgelenkes (...). Das Ziel aller Resektionsarthroplastiken ist das Erreichen einer Schmerzfremheit beziehungsweise deutlichen Schmerzlinderung. (...). Die bereits im Rahmen der Arthroseentstehung verloren gegangene Kraft kann durch diese Eingriffe nicht wieder erreicht werden, (...). Zusammenfassend bedeutet dies, dass im Rahmen der hiesigen Untersuchung die angegebene Kraftminderung des linken Daumens als "normale" Folge der ehemaligen Arthrose und operativen Behandlung angesehen wird, die ausgeprägte Atrophie des linken Daumenballens unterstreicht dies eindrücklich.

In Würdigung der medizinischen Akten hielt Dr.med. J.\_\_\_\_\_ fest:

Die vertretene Ansicht von Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_, (...), dass die Diagnose überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 10.12.2014 stehe, kann von gutachterlicher Seite nicht geteilt werden. Die dabei angeführten strukturellen Veränderungen am Daumensattelgelenk in den bildgebenden Verfahren (...) zeigen nicht das von ihm

als Traumafolge angegebene Hämarthros oder Knochenödem. Das ebenfalls angeführte, "abgesprengte Knochenstück" wurde als "alte osteophytäre Veränderungen oder alte knöcherne Ausrisse" klassifiziert. Bei dieser zeitnahen Dokumentation wurden lediglich eine Zerrung der Gelenkkapsel und der angrenzenden Bänder als traumatische Veränderungen beschrieben, damit ist eine vorübergehende Aktivierung der vorhandenen Arthrose des Daumensattelgelenkes nachvollziehbar, jedoch nicht wie von ihm behauptet "ein dauerhaft aktivierter Zustand" des Gelenkes. Im Gegensatz zur Ansicht von Prof.Dr.med. H. \_\_\_\_\_ handelt es sich deshalb hier nicht um eine richtungsgebende Verschlimmerung, sondern um eine vorübergehende Verschlechterung eines vorbestehenden krankhaften Zustandes. Auch die Angabe, dass laut dem Handchirurgen die Versicherte vor dem Ereignis von Seiten der linken Hand beschwerdefrei gewesen sei, entspricht nicht den Angaben der Versicherten und der Akten.

Im Weiteren ergibt sich aus dem Gutachten, dass aktuell keine Behandlung durchgeführt werde (Einstellen der Ergotherapie im Mai 2017, Gutachten S. 10).

Im Rahmen der SMAB-Begutachtung wurde auch eine Röntgenuntersuchung der Daumen beidseits durchgeführt. Im entsprechenden Bericht von Dr.med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 15. August 2017 wird im Befund ausgeführt (Vi-act. M27 Anhang):

Leichtgradige Gelenkspaltverschmälerung im MCP I sowie im IP I links. Geringe osteophytäre Reaktionen am distalen Scaphoidpol sowie an der Basis des Metacarpale I. Status nach obengenanntem Eingriff. Kein Nachweis von Ossifikationen im Nearthros.

Rechts mässige Arthrose im Daumensattelgelenk. Leichte Degeneration im MCP I rechts.

**3.21** Bei den Akten liegt im Weiteren ein ärztliches Zeugnis des Chiropraktors Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2018. In diesem hält er fest (Vi-act. M28):

Ich bestätige, dass Frau C. \_\_\_\_\_ am 14.2.2013 einen Sturz beim Skifahren mit Kopf-, Bein- und Handgelenksverletzung erlitten hatte. Sie war, als die Beschwerden nicht adäquat besserten, vom 24.2.2013 bis am 5.7.2013 deswegen bei uns in Behandlung. Es war wegen der Beinverletzung damals unumgänglich Krücken zu benutzen, welche damals aber wegen der Handgelenksverletzung schwierig zu gebrauchen waren. Um die verletzten Handgelenke möglichst zu schonen hatte ich damals den Krückengriff speziell gepolstert, um die damals verletzte Daumenpartie zu schonen. Die Handgelenksbeschwerden waren damals deutlich vorhanden, die Beinproblematik war jedoch im Vordergrund.

Wie spätere Aufnahmen der Handgelenke zeigen (...) bestanden osteophytäre Veränderungen respektive alte knöcherne Ausrisse im linken Handgelenk, welche plausibel auf den Sturz vom 14.2.2013 zurückzuführen sind. Vorgängig bestanden keine Beschwerden in den Handgelenken und Daumen.

(...).

Ich bin der Ansicht, dass die unabhängige Bestätigung von alten traumatischen Handgelenksverletzung die Unfallkausalität bestätigt. Diese wurde am 10.12.2014 durch einen erneuten Sturz weiter neu beschädigt. (...).

**4.1** Die Versicherte rügt zunächst einen verfrühten Fallabschluss. Von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei gemäss dem Bericht von Dr.med. I. \_\_\_\_\_ eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten.

**4.2** Rechtsprechungsgemäss folgt aus Art. 19 Abs. 1 UVG, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sog. Fallabschluss vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (BGE 134 V 109 Erw. 4.1; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. A., S. 143). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes in diesem Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 Erw. 4; Urteil 8C\_949/2009 vom 28.4.2010 Erw. 9.1). Damit setzt der Abschluss des Falles durch den Unfallversicherer nicht voraus, dass eine ärztliche Behandlung überhaupt nicht mehr erforderlich ist, sondern lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (Urteil Bundesgericht 8C\_590/2008 vom 3.12.2008 Erw. 4.2).

**4.3** Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Versicherte nach der operativen Behandlung vom 21. September 2015 noch eine Handtherapie (Ergotherapie) durchführte, allerdings spätestens seit Frühjahr 2016 offenbar nur noch in zeitlich grossen Abständen von drei bis vier Wochen (Vi-act. M20). Im Weiteren wurden keine relevanten medizinischen oder therapeutischen Massnahmen mehr durchgeführt. Dr.med. I. \_\_\_\_\_ schlug zwar im Januar 2017 nochmals die Durchführung einer funktionellen Ergotherapie vor (Vi-act. M23) und gemäss Bericht vom 2. Mai 2017 wurden ergotherapeutische Massnahmen auch in Angriff genommen (Vi-act. M25), ohne dass jedoch subjektiv eine Besserung des Zustandes eintrat. Gegenüber der Gutachterin gab die Versicherte dann (im August 2017) an, mit der Ergotherapie im Mai 2017 aufgehört zu haben.

Unter diesen Umständen ist der Fallabschluss per 7. Mai 2017 nicht zu beanstanden. Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass von weiteren Heilbehandlungen eine namhafte Besserung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG zu erwarten wäre.

**5.1.1** Mit dem Fallabschluss ist – wie bereits erwähnt – der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen. Die Vorinstanz hat vorliegend eine entsprechende Prüfung nicht vorgenommen, da sie gestützt auf das SMAB-Gutachten davon ausgeht, dass kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Dezember 2014 und den anhaltenden Beschwerden mehr bestünden. Bereits ab April 2015 stünden die Beschwerden einzig mehr im Zusammenhang mit der vorbestehenden Rhizarthrose.

**5.1.2** Die Versicherte macht geltend, die Vorinstanz könne den Wegfall jeglichen kausalen Zusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 10. Dezember 2014 und den fortbestehenden Beschwerden nicht rechtsgenügend nachweisen. Das Gutachten der SMAB-AG sei nicht beweiskräftig, da die Gutachter keine Radiologen seien und den radiologischen Sachverhalt nicht fachkompetent einschätzen könnten. Auch die Operation sei zumindest teilkausal zum Unfallereignis. Da die Operation zu einer ausgeprägten Strukturveränderung geführt habe, könne der status quo ante gar nicht mehr erreicht werden. Das Gutachten stehe zudem im Widerspruch zur Einschätzung von Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_. Auch sei aus dem Gutachten nicht erkennbar, weshalb der Unfall nur zu einer vorübergehenden Verschlechterung und nicht zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt haben soll.

**5.2** Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass gemäss der zeitnah zum Unfallereignis durchgeführten MRI- und CT-Untersuchung bereits vor dem Unfallereignis eine degenerative Veränderung im linken Daumengelenk bestand (Rhiz- und STT-Arthrose), welche durch die erlittene Distorsion traumatisiert wurde. Bereits PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_ stellte ca. einen Monat nach dem Unfallereignis in Berücksichtigung des MRI-Befundes einzig die Diagnose einer traumatisierten Rhizarthrose. In einem solchen Fall entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers – wie bereits erwähnt – erst, wenn der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (status quo ante vel sine), was vom Unfallversicherer mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden muss. Insgesamt ist mithin zu beurteilen, ob es durch das Unfallereignis vom 10. Dezember 2014 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes gekommen ist und der status quo sine spätestens mit der Leistungseinstellung im Mai 2017 erreicht worden ist, was eine weitere Leistungspflicht der Vorinstanz ausschliesst, oder ob es durch das Unfallereignis zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen ist, welche den degenerativen Prozess beschleunigt hat, so dass das Unfallereignis für das Fortbestehen der geltend

gemachten Beschwerden weiterhin zumindest teilkausal ist und damit die Unfallversicherung weiterhin leistungspflichtig ist.

**5.3** In casu liegen sich widersprechende Beurteilungen über das Vorliegen einer richtungsgebenden Verschlimmerung vor. Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_, als die Vorinstanz beratender Arzt, spricht im Bericht vom 24. Juni 2015 von einer durch den Unfall "dauerhaft aktivierten" Arthrose des Gelenkes. In den vorhandenen MRI-Darstellungen kann er strukturelle Veränderungen am Daumensattelgelenk feststellen, welche als Traumafolge anzusehen seien (Hämarthros, abgesprengtes Knochenstück, Knochenödem). Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ spricht denn auch ausdrücklich von einer richtungsgebenden Verschlimmerung durch den Unfall. Im Weiteren bejahte Prof.Dr.med. H.\_\_\_\_\_ in der Beurteilung zu Händen der Vorinstanz vom 18. Mai 2017 die Frage, ob mit einer unfallbedingten, bleibenden Beeinträchtigung zu rechnen sei, auch wenn er den unfallbedingten Anteil in Berücksichtigung der vorbestehenden Rhizarthrose als gering einstufte (Vi-act. M26). Von einer (zumindest teilweisen) Unfallkausalität der Beschwerden am linken Daumengelenk geht auch der Chiropraktor Dr. B.\_\_\_\_\_ aus.

Andererseits gelangte die Gutachterin Dr.med. J.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass nur eine vorübergehende Verschlechterung eines vorbestehenden krankhaften Zustandes vorliege. Für die Schlussfolgerung von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ spricht der Umstand, dass der behandelnde Arzt, Dr.med. G.\_\_\_\_\_, nie von einer unfallbedingten Verletzung spricht. Die erhobenen Befunde beschränken sich auf die (bereits vorbestehenden) Rhiz- und STT-Arthrosen. Nach einem weiteren Sturz der Versicherten vom Oktober 2015 hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest, dass sich keine Anhaltspunkte für traumatische Veränderungen fänden (Vi-act. M15). Gegen eine richtungsgebende Verschlechterung spricht auch der Umstand, dass nirgends eine Progression der Arthrose aufgrund des Unfalles postuliert wird und auch in den bildgebenden Befunden – soweit ersichtlich – solches nicht nachgewiesen wird. Der im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Röntgenbefund ergibt vielmehr, dass auch an der rechten, nicht durch einen Unfall verletzten Hand eine mässige Arthrose im Daumensattelgelenk besteht, mithin vergleichbare arthrotische Veränderungen vorliegen wie an der linken Hand. Die durchgeführte Operation ist die klassische operative Behandlungsform einer Rhizarthrose, wie sie bei der Beschwerdeführerin schon vor dem Unfallereignis vorlag (vgl. <https://ch.universimed.com/fachthemen/1405>; vgl. auch unter [www.schulthessklinik.ch/de/fachbereiche/medizinische-zentren/handchirurgie](http://www.schulthessklinik.ch/de/fachbereiche/medizinische-zentren/handchirurgie)). Die durchgeführte Operation diente mithin der Behandlung der degenerativen Erkrankung und wurde von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ denn auch einzig aufgrund der stark fortgeschrittenen Arthrose empfohlen und dann auch durchgeführt. Die Distorsion an sich hät-

te keine Operation erfordert. Aus dem Bericht zur MRI-Untersuchung vom 11. März 2015 – mithin drei Monate nach dem Unfallereignis – ergibt sich denn auch, dass bereits zu diesem Zeitpunkt die Unfallfolgen weitgehend verheilt waren (Knochenödem an der Basis des Os metacarpale I regredient, Ödem im Os trapezium ganz verschwunden, knöcherner Ausriss im Bereich des Kapselansatzes ist fusioniert, Hämarthros deutlich regredient; vgl. Vi-act. M8 S. 2). Gegen eine noch andauernde kausale Beteiligung des Unfalles spricht im Übrigen auch der Umstand, dass gemäss den Angaben von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ eine (vorübergehende) schmerzhaft Episode bereits vor dem Unfallereignis bestanden hat, und zwar nach Stockbelastung beider Hände infolge einer Knieverletzung (Vi-act. M2). Dieser Umstand spricht klar dafür, dass durch den Unfall ein weiteres Mal ein degenerativer Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht bzw. richtungsgewand verschlimmert wurde.

Insgesamt ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass die Versicherte anlässlich des Unfallereignisses vom 10. Dezember 2014 zwar eine Distorsion, mithin eine leichte Verletzung des Daumensattelgelenkes erlitten hat, die andauernden Beschwerden aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die vorbestehende Rhiz- und STT-Arthrose zurückzuführen sind. Durch das Unfallereignis verursachte strukturelle Veränderungen, welche für ein Fortbestehen von Beschwerden auch mehr als zwei Jahre nach dem Unfall verantwortlich sind, konnten nicht festgestellt werden. Insgesamt ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz gestützt auf das Gutachten von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ eine Leistungspflicht über den 7. Mai 2017 hinaus verneint hat, wobei offen bleiben kann, ob der status quo sine tatsächlich bereits drei Monate nach dem Unfallereignis eingetreten ist, wie von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ postuliert wird. Jedenfalls ist mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass dem Sturz vom Dezember 2014 keine kausale Bedeutung für die geltend gemachten Beschwerden mehr zukommt.

**6.1** Im Weiteren macht die Versicherte geltend, sie habe sich bereits anlässlich eines Skiunfalles vom 14. Februar 2013 am linken Daumen verletzt. Sie verweist diesbezüglich auf den Bericht von Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2018. Im SMAB-Gutachten werde nicht auf die Frage eingegangen, ob der Vorzustand eine Folge des Unfalles vom 14. Februar 2013 sei.

**6.2** Wie die Vorinstanz korrekt festhält, ergeben sich aus den Akten zum Unfallereignis vom 14. Februar 2013 keinerlei Hinweise auf eine Verletzung des linken Daumens oder auf im Anschluss aufgetretene Schmerzen am linken Daumen. Die Versicherte hat anlässlich dieses Unfalles eine Impressionsfraktur im Bereich

des lateralen Tibiaplateaus erlitten. Anderweitige Verletzungen sind nicht dokumentiert. Aus den (zeitnahen) medizinischen Akten ergeben sich keinerlei Hinweise darauf, dass im Rahmen des Skiunfalles auch der linke Daumen verletzt wurde. Auch aus der Unfallmeldung des Arbeitgebers (Vi-act. S1 und S2), wo ausdrücklich nach dem betroffenen Körperteil gefragt wird, ergibt sich kein Hinweis auf eine Daumenverletzung. Ebenso werden im Protokoll des Schadensinspektors vom 30. April 2013 (Vi-act. S6) keine Schmerzen im linken Daumen erwähnt. Dokumentiert sind einzig einige Zeit nach dem Unfall geltend gemachte Nackenschmerzen (Vi-act. S11). Zudem findet sich auch im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2013 kein Hinweis auf eine Verletzung im Bereich des linken Daumens bzw. auf Schmerzen in diesem Bereich (Vi-act. A6). Dieser Bericht steht mithin im Widerspruch zu dem fünf Jahre später verfassten Zeugnis, wonach die Versicherte anlässlich des Skiunfalles eine Handverletzung erlitten haben soll (Vi-act. M28). Dass anlässlich des Skiunfalles eine relevante Verletzung des linken Daumens stattgefunden hat, widerspricht auch dem Umstand, dass während mehreren Wochen nach dem Unfall gemäss den medizinischen Akten eine konsequente Stockentlastung durchgeführt werden konnte. Eine relevante Verletzung des linken Daumens hätte eine Stockentlastung über mehrere Wochen wohl stark erschwert. Erst aus dem Bericht von PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2015 ergibt sich, dass nach der Stockentlastung eine "Schmerzepisode" im Bereich des linken Daumens aufgetreten ist, wobei nicht festgehalten wird, dass diese Schmerzen auf eine unfallbedingte Schädigung zurückzuführen sind. Wie bereits erwähnt führt PD Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Beschwerden auf die Rhizarthrose zurück, was nachvollziehbar ist, zumal die Beschwerden erst "nach" der Stockentlastung aufgetreten sind (Vi-act. M2). Insgesamt ist eine unfallkausale Verletzung des linken Daumens im Rahmen des Skiunfalles vom 14. Februar 2013 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Entsprechend kann eine Leistungspflicht des Unfallversicherers auch nicht aus diesem Unfallereignis hergeleitet werden.

**7.** Damit erweist sich die Beschwerde zusammenfassend als unbegründet und ist abzuweisen. Kosten werden keine erhoben, Anspruch auf Parteientschädigung besteht nicht (Art. 61 lit. a und lit. g ATSG).

**Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und an das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Dezember 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 28. Dezember 2018