

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 76

Entscheid vom 12. Februar 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwältin MLaw B._____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. C._____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1977) arbeitete (seit 2013) bei der D._____ AG und war dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als sie am 7. November 2016 beim Putzen am Arbeitsplatz ihre rechte Hand zwischen der Putzmaschine und der Wand eingeklemmt hat (Suva-act. 1, 10). Im Spital I._____ wurde noch gleichentags eine Kontusion Processus styloideus ulnae rechts diagnostiziert; eine Fraktur wurde ausgeschlossen (Suva-act. 55). Es folgte eine konservative Therapie mit Ruhigstellung (Suva-act. 10). Mit Schreiben vom 7. Dezember 2016 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht für den Berufsunfall vom 7. November 2016 (Suva-act. 4). Der Hausarzt attestierte ihr vom 7. bis 27. November 2016 eine vollständige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 3).

B. Anfangs des Jahres 2019 klagte A._____ über eine Beschwerdezunahme, in deren Folge sie der Hausarzt für eine Neu Beurteilung an Dr.med. F._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Handchirurgie [D]) überwies (Suva-act. 10 und 69). Am 17. Mai 2019 erfolgte seitens der Arbeitgeberin eine Rückfallmeldung zum Unfall vom 7. November 2016 (Suva-act. 16). Am 21. Mai 2019 nahm Dr.med. G._____ eine Resektion des Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts vor, bei Diagnose Pseudarthrose Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts (Suva-act. 24, 25). Mit Beurteilung vom 13. Juni 2019 hielt Kreisarzt Dr.med. H._____ (Facharzt für Allgemeinmedizin [D]) fest, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Traumafolge auszugehen, die medizinisch aber nicht genau datiert werden könne (Suva-act. 27). Mit Schreiben vom 27. Juni 2019 informierte die Suva A._____, dass sie frühestens ab dem 25. Februar 2019 Versicherungsleistungen (Taggeld, Heilkosten) erbringe (Suva-act. 28). Mit Verlaufskontrolle vom 19. August 2019 attestierte Dr.med. G._____ wieder eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem Folgetag (Suva-act. 37, 38). Ein erster Arbeitsversuch am 20. August 2019 scheiterte; ab 27. August 2019 erfolgte eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit, bis diese am 27. September 2019 wieder voll erreicht wurde (Suva-act. 39).

C. Am 17. Dezember 2019 ersuchte Dr.med. G._____ die Suva um Kostengutsprache für eine Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts (Suva-act. 48), worauf die Suva ihre Leistungspflicht überprüfte (Suva-act. 50). Am 16. Januar 2020 erfolgte der operative Eingriff durch Dr.med. G._____ (Suva-act. 56, 57). Vom 7. Januar 2020 bis 2. Juni 2020 wurde A._____ volle resp. teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 60, 61, 66, 73, 95). Am 7. Februar 2020 erfolgte eine weitere Schadenmeldung UVG / Rückfall der Arbeitgeberin (Suva-act.

60). Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 5. März 2020 stellte Dr.med. H. _____ fest, beim Unfallereignis vom 7. November 2016 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine objektivierbare strukturelle Schädigung verursacht worden, die Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. November 2016 zurückzuführen. Der am 21. Mai 2019 primär und am 16. Januar 2020 sekundär operierte Schaden sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits auf einen Vorzustand vor dem Unfallereignis zurückzuführen (Suva-act. 65). Nachdem sich A. _____ hiermit nicht einverstanden erklärte, holte die Suva die radiologischen Befunde des Grundfalles vom 7. November 2016 beim Spital I. _____ ein (Suva-act. 70). Nach Einsichtnahme bekräftigte Dr.med. H. _____ seine Beurteilung vom 5. März 2020 (Suva-act. 72). Mit Verfügung vom 15. April 2020 stellte die Suva fest, aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes seien die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt; der Fall werde per 23. Dezember 2019 abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt (Suva-act. 77).

D. Am 19. April 2020 erhob A. _____ Einsprache (Suva-act. 84). Nachdem sich auch Dr.med. G. _____ mit Schreiben vom 22. April 2020 kritisch zum Entscheid äusserte (Suva-act. 89), bestätigte Dr.med. H. _____ am 24. April 2020 seine Beurteilung vom 5. März 2020 (Suva-act. 90). Nach Einsicht in die kreisärztliche Beurteilung sowie das Röntgenbild vom 7. November 2016 bezeichnete Dr.med. G. _____ den Entscheid der Suva gegenüber dem Hausarzt am 6. Mai 2020 als nachvollziehbar und korrekt (Suva-act. 92). Am 7. Mai 2020 erhob Swica als Krankenversicherer von A. _____ gestützt auf einen Bericht ihres Vertrauensarztes Einsprache gegen die Verfügung vom 15. April 2020 (Suva-act. 93). Auch nach Vorlage des Berichtes des Vertrauensarztes der Swica hielt der Kreisarzt Dr.med. H. _____ an seiner Beurteilung vom 5. März 2020 fest (Suva-act. 98). Mit Entscheid vom 17. August 2020 wurden die Einsprachen von A. _____ und der Swica abgewiesen (Suva-act. 102). Am 25. August 2020 zog Swica ihre Einsprache vom 7. Mai 2020 zurück (Suva-act. 103).

E. Am 15. September 2020 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 17.08.2020 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen und allfällige vertraglichen Leistungen zuzusprechen.
2. eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines radiologischen Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin entscheide;

3. eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Abklärung des Vorliegens einer Listendiagnose im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. a UVG zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin entscheide;

In formeller Hinsicht wird folgender Antrag gestellt:

4. Es wird ein zweiter Schriftenwechsel beantragt;
unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

F. Mit Vernehmlassung vom 15. Oktober 2020 beantragt die Suva:

1. Die Beschwerde vom 15. September 2020 sei vollumfänglich abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 17. August 2020 sei zu bestätigen.
2. Die Kosten seien bei Kostenlosigkeit des Verfahrens wettzuschlagen.

G. Nachdem der Beschwerdeführerin die Suva-Akten zur Einsichtnahme zugestellt wurden, hielt sie mit Replik vom 3. November 2020 an den Beschwerdeanträgen vom 15. September 2020 vollumfänglich fest. Mit Duplik vom 30. Dezember 2020 bekräftigte die Suva ihre mit der Vernehmlassung gestellten Anträge.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Das Unfallereignis vom 7. November 2016, bei dem die Beschwerdeführerin ihre rechte Hand zwischen einer Wand und der Putzmaschine eingeklemmt hat und in der Folge unter Ausschluss einer Fraktur eine Kontusion Processus styloideus ulnae rechts diagnostiziert wurde, ist unbestritten. Unbestritten ist auch, dass die Suva nach einer Rückfallmeldung im Frühjahr 2019 die anhaltenden Beschwerden Hand rechts als überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen anerkannte und Leistungen, namentlich für eine Resektion des Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts, erbrachte. Bei weiter anhaltenden Beschwerden, sekundärer Operation am 16. Januar 2020 (Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts) und erneuter Rückfallmeldung nahm die Suva eine Leistungsprüfung vor, verneinte die Unfallkausalität der Beschwerden und stellte die Leistungen per 23. Dezember 2019 ein. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Rechtmässigkeit der Leistungsablehnung. Zum einen seien die Beschwerden Unfallfolge und zum anderen habe die Suva zu Unrecht die Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung bei Listendiagnose Art. 6 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 (Knochenbrüche) nicht geprüft. Mithin gilt es nachfolgend zu prüfen, ob die Suva ihre Leistungspflicht für die über den 23. Dezember 2019 geklagten Beschwerden an der rechten Hand zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.2 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.).

2.2.1 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 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 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 blosse 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).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2).

2.3.1 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 Erw. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 Erw. 2.2).

2.3.2 Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 f. Erw. 2c mit Hinweisen).

2.3.3 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 Erw. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs

zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil BGer 8C_816/2009 Erw. 6, je mit Hinweis). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EGV U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.2 mit Hinweis auf Urteil BGer 8C_521/2008 vom 5.12.2011 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

2.4.1 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).

2.4.2 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. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 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).

Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1, SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17 Urteil BGer 8C_181/2009 Erw. 5.4 f. mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil BGer 8C_816/2009 Erw. 4.3; 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). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen.

2.4.3 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_855/2018 vom 14.3.2019 Erw. 3.1; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2; 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).

2.4.4 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 [Urteil BGer 8C_354/2007] mit Hinweisen).

2.5.1 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

2.5.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

2.5.3 Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit ver-

bundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.6.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.6.2 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann dabei 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 139

V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen). Liegen bezüglich der entscheidungswesentlichen medizinischen Tatsachen keine vom Bericht der versicherungsinternen Fachärzte abweichenden Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen vor, so werden solche Zweifel in aller Regel zu verneinen sein (Urteile BGer 8C_106/2020 vom 17.3.2020 Erw. 4.1; 8C_786/2019 vom 20.2.2020 Erw. 4.1).

2.6.3 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 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).

2.6.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Was die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden der Hand rechts anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

3.1 Gemäss Schadenmeldung vom 5. Dezember 2016 resp. Beschrieb des Unfallhergangs durch die Beschwerdeführerin hatte diese ihre rechte Hand am 7. November 2016, morgens um 07.30 Uhr zwischen der Putzmaschine und

einer Wand eingeklemmt (Suva-act. 1 und 69). Sie wurde durch den Rettungsdienst notfallmässig ins Spital I. _____ gebracht. Gleichentags wurde dort bei klinischer Angabe 'Einklemmtrauma. Fraktur?' ein Röntgen seitlich und a.p. des rechten Handgelenks angefertigt. Der Befund zeigte eine normale Knochenstruktur, keinen Nachweis von Frakturen (Suva-act. 71). Dr.med. J. _____ (Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie FMH; spez. Allgemein- und Unfallchirurgie FMH) stellte die Diagnose einer Kontusion Processus styloideus ulnae rechts und er verordnete die Ruhigstellung in einer Handgelenkmanschette sowie Bedarfsanalgesie (Suva-act. 55). Der Hausarzt attestierte ihr bis am 27. November 2016 volle Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 3). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht (Suva-act. 6). Am 28. November 2016 nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit wieder auf.

3.2.1 Auf Zuweisung des Hausarztes erfolgte am 12. April 2019 eine Beurteilung der Handgelenksbeschwerden durch Dr.med. G. _____ (Suva-act. 10). Unter Anamnese hielt dieser in seinem Sprechstundenbericht fest, die Beschwerdeführerin habe nach dem Unfallereignis nie Schmerzfreiheit gehabt, jedoch wieder arbeiten können. Im Herbst 2018 / anfangs 2019 sei es zu einer Schmerzzunahme gekommen; sie habe verstärkte Schwellungen am ulnaren Handgelenk bemerkt sowie vermehrten Schmerz und Kraftlosigkeit. Seit Mitte März 2019 trage sie wieder eine Schiene und sei aktuell aufgrund der Beschwerden arbeitsunfähig (seit 11.3.2019, vgl. Suva-act. 17). Als Befund erhob Dr.med. G. _____ beim Handgelenk rechts ein etwas lateral prominentes Ulnaköpfchen und ebenda minime Weichteilschwellung; einen deutlichen Druckschmerz am Ulnaköpfchen, insbesondere am Processus styloideus ulnae; Endphasenschmerz in sämtlichen Bewegungsrichtungen, insbesondere bei Ulnarabduktion. Das distale Radioulnargelenk erschien klinisch stabil, die Sensibilität und Perfusion unauffällig. Er fertigte am 12. April 2019 ein Röntgen des rechten Handgelenks in zwei Ebenen an, das eine Pseudarthrose an der Basis des Processus styloideus ulnae zeigte; des Weiteren keine ossäre Läsion, regelrechtes Alignment der Carpalia. Auch notierte er als Befund eines bereits am 25. Februar 2019 durchgeführten MRI des Handgelenks rechts, eine Bestätigung der Pseudarthrose mit deutlicher umgebender Signalintensität. Dr.med. G. _____ stellte die Diagnose des Verdachts auf schmerzhafte Pseudarthrose Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts bei Kontusionsverletzung im Jahre 2016. Er zog eine Resektion des Processus styloideus in Betracht, veranlasste jedoch - aufgrund der Zurückhaltung der Beschwerdeführerin - eine lokale Infiltration (Suva-act. 10).

3.2.2 Das von Dr.med. G. _____ erwähnte MRI Handgelenk rechts erfolgte am 25. Februar 2019 bei 'Klinik: Verdacht auf Sudeck-Syndrom nach Kontusion

rechtes Handgelenk lateral' (Suva-act. 22). Dr.med. K._____ (Facharzt Radiologie) gelangte dabei zur Beurteilung:

- Offenbar Status nach proximaler Fraktur des Processus styloideus ulnae mit Ausbildung einer aktivierten Pseudarthrose, deutlicher Ödematisierung derer Kontaktflächen und umgebendem Ödem.
- Fokale Teilruptur DD ausgeprägte Tendinopathie der Extensor carpi ulnaris-Sehne auf Höhe der Fraktur.
- Es liegt kein typisches Bild eines Morbus Sudeck vor.

3.3.1 Am 18. April 2019 erfolgte eine Infiltration des Handgelenk rechts. Gemäss Bericht von Dr.med. G._____ beschrieb die Beschwerdeführerin in der Folge einen Schmerzurückgang, allerdings eine stattgehabte Schwellung und gefühlte Kraftminderung im rechten Arm; sie sei unter Belastung auf Analgesie und Manschette angewiesen. Im Untersuch vom 7. Mai 2019 konnte Dr.med. G._____ keine wesentliche Schwellung feststellen, aber vorhandenen Druckschmerz und Endphasenschmerz in sämtlichen Bewegungsrichtungen. Er empfahl erneut die Resektion des Processus styloideus ulnae (Suva-act. 14).

3.3.2 Am 21. Mai 2019 nahm Dr.med. G._____ bei Diagnose 'Pseudarthrose Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts' die empfohlene Resektion vor; unter Indikation führte er aus (Suva-act. 24):

Vermutlich im Rahmen eines Traumas am rechten Handgelenk im Jahre 2016 entstandene Pseudarthrose an der Basis des Processus styloideus ulnae. Seit dieser Zeit immer wiederkehrende und in letzter Zeit deutlich verschlechterte Schmerzen am Ulnocarpalgelenk. Konventionellradiologisch zeigt sich dort die Pseudarthrose an der Basis des Processus. MR-morphologisch findet sich hier eine deutliche Signalintensität des umgebenden Gewebes. Eine stattgehabte Infiltration konnte zwar die Situation lokal etwas verbessern, die Patientin aber nicht beschwerdefrei machen. Klinisch zeigt das distale Radioulnargelenk eine ausreichende Stabilität. Der Bewegungsumfang ist nicht eingeschränkt. Es wird die Indikation zum obgenannten Eingriff gestellt.

Im Eingriff zeigte sich der Processus styloideus in der Pseudarthrose mobil; er wurde aus einer kapsoligamentären Fixation herausgelöst und in toto reseziert.

3.3.3 Zwei Wochen postoperativ berichtete Dr.med. G._____ dem Hausarzt nach der Verlaufskontrolle vom 3. Juni 2019 von noch deutlicher Schmerzhaftigkeit (Suva-act. 26). Inspektorisch lägen komplett reizfreie Verhältnisse vor, keine wesentliche Schwellung. Aktuell noch schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit auf Pro-/Supination 30/0/20°. Es zeige sich objektiv ein komplett unauffälliger Verlauf; subjektiv hohes Schmerzniveau, was Dr.med. G._____ mit dem sehr ängstlichen Charakter der Patientin in Zusammenhang stellte.

3.4 Auf die entsprechenden Fragen der Administration hin antwortete der Kreisarzt Dr.med. H._____ am 13. Juni 2019, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Traumafolge der geltend gemachten Beschwerden auszugehen, welche medizinisch aber nicht genau datiert werden könne. Da zum gemeldeten Ereignis vom 5. Dezember 2016 (recte 7.11.2016) keine zeitnahe Bildgebung erfolgt sei, bleibe es nicht unklar (sic), wann die Schädigung eingetreten sei (Suva-act. 27). Hierauf anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht ab 25. Februar 2019 infolge Rückfall (Suva-act. 28).

3.5 Nach der Verlaufskontrolle vom 1. Juli 2019 (sechs Wochen postoperativ) notierte Dr.med. G._____, die Beschwerdeführerin habe über starke Schmerzen berichtet, die sich durch Physiotherapie etwas verringert hätten, sowie über ein deutlich geschwollenes Handgelenk und weniger Kraft sowie inkompletten Faustschluss (Suva-act. 31). Nach Befunderhebung und Röntgen der Hand gelangte er zur Beurteilung, dass sich Zeichen eines CRPS Typ I zeigen würden.

3.6 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 19. August 2019 informierte die Beschwerdeführerin Dr.med. G._____ über eine im Urlaub im Kosovo wegen Schwellungszuständen am Handgelenk vorgenommene Infiltration. Darunter hätten die Beschwerden massiv gebessert und seien praktisch vollständig verschwunden. Seines Erachtens waren keine weiteren Massnahmen mehr notwendig; er attestierte ihr volle Arbeitsfähigkeit; weitere Termine wurden nicht vereinbart (Suva-act. 37).

Am 20. August 2019 nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit wieder voll auf, musste diese jedoch wegen Schmerzen abbrechen. Am 27. August 2019 nahm sie die Arbeit zu 50% auf, am 12. September 2019 zu 75% und per 27. September 2019 war sie wieder voll arbeitsfähig (Suva-act. 39).

3.7.1 Am 11. September 2019 berichtete Dr.med. G._____, die Beschwerdeführerin klage nach drei Wochen nahezu vollständiger Beschwerdefreiheit wieder über massive, am Ulnaköpfchen lokalisierte Schmerzen wegen Belastungssteigerung nach der Arbeitsaufnahme (Suva-act. 40). Als Befund erhob er:

Weiterhin inspektorisch völlig abgeschwollene Verhältnisse. Reizfreie Narbe. Palpatorisch zeigt sich heute das Punktum maximum der Druckschmerzen nicht über dem Ulnocarpalgelenk und nicht im Operationsgebiet, sondern dorsal im Verlaufe der ECU-Sehne und am 6. Strecksehnenfach. Das distale Radioulnargelenk erscheint klinisch stabil. Deutlich schmerzhaft eingeschränkte Flexion (maximal 30°). Die Extension gelingt zu 60°. Pro- und Supination 60/0/60°.

Dr.med. G._____ applizierte an der ECU-Sehne eine Kenacort/Lidocain-Mischung, worauf die Beschwerdeführerin nach wenigen Minuten nahezu beschwerdefrei wurde.

3.7.2 Anlässlich der Sprechstunde vom 30. September 2019 berichtete die Beschwerdeführerin über einen leichten Erfolg der Infiltration, jedoch geringer als die im Kosovo applizierte Spritze (Suva-act. 41). Sie müsse erneut eine Manschette tragen und erreiche so eine Arbeitsfähigkeit von 75%. Klinisch stellte Dr.med. G._____ eine Lipatrophie bei Status nach zweifacher Infiltration fest; Druckschmerz einerseits am dorsalen Ulnakopf, andererseits über dem Verlauf des 6. Strecksehnenfaches und Punctum maximum ulnocarpal; Schmerzverstärkung bei Ulnarduktion; kaum Schmerzen im Ballotement-Test. Das Gelenk schein klinisch ausreichend stabil. Schmerzverstärkung bei Pro- und Supination. Schmerzverstärkung bei Palmarflexion. Extension/Flexion 50/0/40°. Dr.med. G._____ veranlasste ein MRI zur Darstellung der postoperativen Verhältnisse.

3.7.3 Das MRI vom 2. Oktober 2019 zeigte (ohne Voraufnahmen zum Vergleich) gemäss E._____ (Facharzt Radiologie) als Befund normale Stellungsverhältnisse; ein intraossäres Ganglion im Os lunatum. Einen Status nach Resektion des Processus styloideus ulnae, kein Knochenmarködem erkennbar. Intakte Sehnenstrukturen. Kein Erguss. Radialseitige Aufhängungen des TFC intakt. Leichte Suszeptibilitätsartefakte im OP-Bereich. Kein pathologisches synoviales Kontrastmittelenhancement. Er gelangte zur Beurteilung von geringen narbigen Veränderungen im Osteotomiebereich des Processus styloideus ulnae und im Übrigen postoperativ normale Befundverhältnisse ulnokarpal, keine Synovialitiden, keine Tenovagnitiden (Suva-act. 44).

3.7.4 Nach der Sprechstunde vom 8. Oktober 2019, in welcher Dr.med. G._____ einen zum 30. September 2019 (oben Erw. 3.7.2) unveränderten Befund erhob, beurteilte er, es fänden sich MR morphologisch zu erwartende und die Schmerzhaftigkeit nicht erklärende narbige Veränderungen. Strukturell seien die Beschwerden nicht erklärbar, ein operatives Vorgehen könne nicht angeboten werden. Er empfahl Ergotherapie (Suva-act. 42).

3.8 Auf entsprechende Anfrage der Administration vom 15. November 2019 hing die Versicherungsmedizin (Dokument enthält keine Unterzeichnung; Suva-act. 45) davon aus, die weitere Behandlung lasse überwiegend wahrscheinlich noch eine namhafte Besserung erwarten; es sei die Verlaufsuntersuchung vom Dezember 2019 abzuwarten.

3.9 Gemäss Bericht von Dr.med. G._____ vom 9. Dezember 2019 würden die Beschwerdeführerin und deren Ergotherapeutin unabhängig von einander über persistierende ulnocarpale Schmerzen berichten; es komme immer wieder zu Schwellungszuständen am ulnocarpalen Gelenk; sie könne nur mit Manschet-

te funktionieren (Suva-act. 47). Dr.med. G._____ erhob klinisch eine weiterhin sichtbare Lipatrophie, Druckschmerz am Ulnakopf und am Ulnocarpalgelenk, weiterhin Endphasenschmerz bei Pro- und Supination ulnocarpal und eine deutliche Schmerzverstärkung bei Ulnarduktion. Er gelangte zur Beurteilung von ulnocarpalen Schmerzen, die klinisch v.a. im Sinne eines ulnocarpalen Impingements in Erscheinung treten würden. Es könne sein, dass durch die im MRI festgestellten Narben eine Einklemmung vorliege. Er empfahl eine ulnare Verkürzungsosteotomie zur Entlastung der ulnaren Säule am Handgelenk, in was die Beschwerdeführerin einwilligte und wofür bei der Suva um Kostengutsprache ersucht wurde (Suva-act. 48).

3.10 Am 16. Januar 2020 erfolgte eine Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts durch Dr.med. G._____ (Suva-act. 57). Der intra- und postoperative Verlauf zeigte sich gemäss Austrittsbericht vom 17. Januar 2020 komplikationsfrei (Suva-act. 56). Nach der Verlaufskontrolle vom 28. Januar 2020 dokumentierte Dr.med. G._____ (Suva-act. 59):

Wiederum scheint mir der postoperative Schmerz durch die angespannte Psyche und ängstliche Haltung der Patientin beeinflusst. Durch die Ergotherapie sollte die Pro- und Supination bereits etwas beübt werden. Auch sollte das Extensionsdefizit der Finger angegangen werden. Ansonsten ist der postoperative Verlauf unauffällig. Eine weitere klinische und radiologische Verlaufskontrolle wird in 4 Wochen stattfinden. Bis dahin noch Ruhigstellung in der Vorderarmschiene.

3.11 Zur neuerlichen Prüfung der Leistungspflicht wurde der Kreisarzt Dr.med. H._____ um eine Beurteilung ersucht, wozu dieser u.a. die Erstberichte und die Bildgebung des Spitals I._____ anforderte (Suva-act. 49, 64).

In der ärztlichen Akten-Beurteilung vom 5. März 2020 fasste Dr.med. H._____ den aktenmässigen Verlauf zusammen (Suva-act. 65). Beim Unfall vom 7. November 2016 sei es zu einer Einklemmung der rechten Hand gekommen; im Spital I._____ sei eine frische ossäre Läsion ausgeschlossen und eine Kontusion diagnostiziert worden. Unter Ruhigstellung habe sie ihre Tätigkeit als Filialmitarbeiterin nach zwei Wochen wieder vollzeitig aufnehmen können. 2 ½ Jahre später sei bei erneuter Arbeitsaussetzung ein Rückfall gemeldet worden. Es sei eine Pseudarthrose an der Basis des Processus styloideus ulna bildgebend diagnostiziert worden. Nach konservativen probatorischen Infiltrationsbehandlungen sei am 21. Mai 2019 eine Resektion durchgeführt worden. Bei wiederkehrenden belastungsabhängigen Beschwerden und einer MRT-Kontrolle am 2. Oktober 2019, die erwartungsgemäss narbige Veränderungen ohne sonstige pathologische Auffälligen gezeigt habe, sei am 16. Januar 2020 unter klinischer Annahme eines ulnocarpalen Impingements eine Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts durchgeführt worden.

Die Fragen der Administration beantwortete Dr.med. H. _____ wie folgt:

- 1.1. Hat der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar sind, geführt?

Zum Unfallereignis vom 07.11.2016 wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine objektivierbare strukturelle Schädigung verursacht.

- 1.2. Ist insbesondere der Schaden, welcher operiert wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen? Wenn nein, bitte begründen.

Der Schaden/die Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae, welche(r) am 21.05.2019 operativ resezierend behandelt und am 16.01.2020 sekundär im Sinne einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts nachoperiert wurde ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 07.11.2016 zurückzuführen. So stellt sich die klinisch symptomatische Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae, welche radiologisch zum MRI vom 25.02.2019 und in der Röntgenkontrolle vom 12.04.2019 dargestellt wurde, bereits in der Röntgenaufnahme vom Unfalltag, dem 07.11.2016, deutlich sichtbar als ein Vorzustand dar. Die Röntgenaufnahme vom Unfalltag zeigt einen bereits abgerundeten und pseudarthrotisch abgesetzten, leicht randsklerosierten Ossikel bzw. abgetrennten Processus styloideus ulnae. Sowohl zur Bildgebung, als auch der klinisch blanden Symptomatik wurde darüberhinausgehend chirurgisch im Spital I. _____ eine frische Fraktur ausgeschlossen. Hierzu passt auch nach einer nur kurzzeitigen Ruhigstellung die bereits wieder zeitnahe dokumentierte Arbeitsaufnahme der Versicherten in 2016 innerhalb von nur zwei Wochen. Im Falle einer frischen Fraktur wäre hingegen ein längerer Schonungsbedarf sowie auch eine nachfolgende behandlungsbedürftige Brückensymptomatik zu erwarten gewesen. Der Schaden, welcher am 21.05.2019 primär operativ behandelt wurde und zu einer zweiten sekundären Operation am 16.01.2020 führte, ist hier insofern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits auf einen Vorzustand vor dem Unfallereignis vom 07.11.2016 zurückzuführen.

2. Bei Verneinung von Frage 1.1 und 1.2: Ab wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr, wobei der Einfluss der Operation ausser Acht zu lassen ist?

Bezogen auf den Unfall vom 07.11.2016, zur beschriebenen Kontusion der rechten Hand, spielen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in 3 - 4 Wochen nach dem Ereignis bereits keine Rolle mehr. Dementsprechend konnte die Versicherte auch ihre Arbeitstätigkeit wieder innerhalb kurzer Zeit aufnehmen. Zum Unfallereignis vom 07.11.2016 wurde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur eine vorübergehende, aber keine richtungsgebende Verschlechterung des Gesundheitszustands (bei einer bereits zum Röntgen vom 07.11.2016 nachweisbar vorliegenden Pseudarthrose am Processus styloideus ulnae) verursacht.

3. Falls der Zeitpunkt dafür noch nicht beurteilbar ist, wann ist Frage 2 aus medizinischer Sicht wieder zu prüfen?

Eine Beantwortung dieser Frage entfällt.

3.12 Nach der Verlaufskontrolle vom 3. März 2020 dokumentierte Dr.med. G._____, die Beschwerdeführerin berichte, weiterhin unter Schmerzen zu leiden; sie nehme aber keine analgetische Therapie (bei diversen Unverträglichkeiten); Ergotherapie werde weiterhin wahrgenommen. Nach klinischem Untersuchung und Radiologie des Unterarms rechts in 3 Ebenen gelangte er zur Beurteilung einer weiterhin postoperativ alterierten Schmerzsymptomatik bei regelhafter radiologischer Verlaufskontrolle. Auch Ergotherapie bringe keinen wesentlichen Erfolg. Es bestehe der Verdacht einer gewissen Schmerzverarbeitungsstörung im Zusammenhang mit ihrer ängstlichen Haltung in Bezug auf das Handgelenk (Suva-act. 67).

3.13 Anlässlich einer telefonischen Befragung berichtete die Beschwerdeführerin am 1. April 2020, vor dem Unfall vom 7. November 2016 habe sie unter keinen Handbeschwerden gelitten; sie habe stets 100% gearbeitet. Zwischen etwa Mitte 2017 und anfangs 2019 hätten keine Arztbehandlungen stattgefunden. Sie habe aber beim Hausarzt Schmerzmittel bezogen und habe aus Angst um Stellenverlust stets 100% gearbeitet. Ohne neues Ereignis seien anfangs 2019 starke Schmerzen und eine starke Schwellung aufgetreten. Sie habe nicht mehr schlafen können. Der Hausarzt habe sie dann an Dr.med. G._____ überwiesen. Sie sei bei diesem noch in Kontrolle, mache 2 bis 3 mal die Woche Ergotherapie und nehme einzig bei sehr starken Schmerzen eine Schmerztablette, ansonsten nehme sie wegen Magenproblemen und Schwindel so wenig wie möglich Medikamente. Mit der Leistungsablehnung der Suva zeigte sie sich nicht einverstanden, da der Einklemm-Unfall massiv gewesen sei und sie erst seither Schmerzen habe (Suva-act. 69).

3.14 Am 5. April 2020 bekräftigte der Kreisarzt trotz der Ausführungen der Beschwerdeführerin seine Beurteilung vom 5. März 2020 (Suva-act. 72). Am 15. April 2020 verfügte die Suva, dass der Fall per 23. Dezember 2019 abgeschlossen sei und die Leistungen eingestellt werden. Aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes seien die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt (Suva-act. 77).

3.15 Die Beschwerdeführerin erhob am 19. April 2020 Einsprache (Suva-act. 84). Sie habe seit dem Unfall vom 7. November 2016 immer wieder Beschwerden gehabt, vor dem Unfall indes nie. Daher könne sie den Entscheid der Suva nicht nachvollziehen. Dr.med. G._____ habe ihr gesagt, die zweite Operation vom 16. Januar 2020 sei unfallbedingt gewesen. Auch habe er die Arbeitsunfähigkeit als unfallbedingt bezeichnet. Sie verstehe nicht, dass die Leistung abge-

lehnt werden, nachdem ihr behandelnder Arzt die Beschwerden als unfallkausal beurteilt habe.

3.16.1 Am 22. April 2020 äusserte sich Dr.med. G._____ gegenüber der Suva zur leistungseinstellenden Verfügung (Suva-act. 89). Er könne nur vermuten, dass die Leistungsablehnung aufgrund des Wortes ulnocarpales Impingement in der Diagnosenliste zustande gekommen sei. Es bestehe seit dem Unfall aus dem Jahre 2016 eine radiologisch nachgewiesene Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae am rechten Handgelenk. Somit sei die strukturelle Verletzung am TFCC vorhanden. Die zunächst kleinere Operation mit Resektion des Processus styloideus ulnae am 21. Mai 2019 (klar unfallbedingt) habe nicht den ausreichenden Erfolg erbringen können. Aus dem MRI vom 2. Oktober 2019 lasse sich erkennen, dass kein pathologischer Vorzustand im Sinne einer Ulnaplust-Situation bestehe, sondern lediglich narbige Veränderungen im Operationsgebiet, welche für den persistierenden ulnaren Schmerz bei Ulnarduktion verantwortlich sei. Somit bestehe nicht die eigentliche Ulnaplust-Variante, welche zum Ulnaimpingement führe, sondern eine analoge Symptomatik eines ulnocarpalen Impingements durch die postoperative Narbenbildung. Um diese Einklemmung zu entlasten, sei schliesslich die Ulnaverkürzungs-Osteotomie (somit ebenfalls unfallbedingt) durchgeführt worden. Dr.med. G._____ bat die Suva daher, den Fall noch einmal zu überprüfen.

3.16.2 Auf Vorhalt der Begründung von Dr.med. G._____ hin bestätigte Dr.med. H._____ am 24. April 2020 seine Beurteilung vom 5. März 2020. Diese und wahrscheinlich auch die Röntgenbilder vom Unfalltag hätten dem behandelnden Arzt wohl nicht vorgelegen, denn die am 21. Mai 2019 operierte Pseudarthrose habe am Unfalltag gemäss Bildgebung bereits als Vorzustand vorgelegen (Suva-act. 90).

3.17 Im Bericht zur Verlaufskontrolle vom 5. Mai 2020 stellte Dr.med. G._____ eine positive Tendenz fest. Die Schmerzsituation sei rückläufig und gemäss Beschwerdeführerin auch im Vergleich zur präoperativen Situation verbessert. Weitere Termine wurden nicht vereinbart (Suva-act. 92). Zusätzlich führte er im Bericht aus:

Zwischenzeitlich erfolgte einerseits ein Schriftwechsel mit der Suva und andererseits auch ein Telefonat mit dem Kreisarzt. Nun ist auch die Ablehnung seitens der Suva klar. Die Beurteilung des Kreisarztes wurde mir zwischenzeitlich zugesandt und auch das Röntgenbild vom 07.11.2016 ist nun auch mir verfügbar. Es zeigt hier eindeutig bereits am angegebenen Unfalldatum, dass der Processus styloideus abgerundet und damit nicht frisch frakturiert sein kann. Damit beurteilt die Suva korrekt einen Vorzustand, weswegen die Leistungen zum angegebenen Unfallda-

tum 17.11.2016 ab dem 23.12.2019 abgelehnt werden können. Die weitere Behandlung wird somit zu Lasten der Krankenkasse gehen.

Ich habe versucht diesen Sachverhalt mit Frau A. _____ zu besprechen. Wie immer ist dies für die Versicherten nur schwer verständlich.

3.18.1 Am 7. Mai 2020 erhob die Krankenversicherung Einsprache gegen den Fallabschluss und die Leistungseinstellung. Dies gestützt auf eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes vom 6. Mai 2020 (Suva-act. 93, 97). Seines Erachtens beruhe der Suva-Entscheid auf einer Behauptung des Kreisarztes, die den schriftlichen Unterlagen widerspreche; die Pseudarthrose sei nicht vorbestehend sondern überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Beide Operationen würden Unfallfolgen am Ulnastyloid betreffen.

3.18.2 Auch nach Vorlage der Beurteilung des Swica Vertrauensarztes hielt Dr.med. H. _____ an seiner Beurteilung vom 5. März 2020 fest. Der Vertrauensarzt habe seine Beurteilung nach Aktenstudium abgegeben und die Bildgebung von 2016 offensichtlich nie selber eingesehen. Nach Einsicht in diese Bilder bestätige auch Dr.med. G. _____ seine Beurteilung vom 5. März 2020 (Suva-act. 98).

3.18.3 Am 25. August 2020 (nach Erlass des Einspracheentscheides, wobei unklar, ob bereits zugestellt) zog Swica ihre Einsprache ohne Begründung zurück (Suva-act. 103).

4.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. H. _____ vom 5. März 2020, wonach der Schaden/die Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae, welche(r) am 21. Mai 2019 operativ resezierend behandelt und am 16. Januar 2020 sekundär im Sinne einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie rechts nachoperiert wurde, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 7. November 2016, sondern, wie auf den Röntgenbildern des Unfalltages ersichtlich sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits auf einen Vorzustand vor dem Unfallereignis vom 7. November 2016 zurückzuführen sei (vgl. oben Erw. 3.11).

Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.6.2).

4.2 Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, liegt vorliegend keine von der Beurteilung des Kreisarztes abweichende ärztliche Beurteilung vor:

4.2.1 Wohl hat am 13. Juni 2019 Dr.med. H. _____ selbst geäussert, bei der Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae liege überwiegend wahrscheinlich eine Traumafolge vor (oben Erw. 3.4). Allerdings äusserte er dies als allgemeine Feststellung, ohne dass er das Unfallereignis vom 7. November 2016 als ursächlich bezeichnete. Vielmehr liess er die Frage nach dem Schadensdatum und -ereignis ausdrücklich offen. Dies, nachdem ihm keine diagnostischen Bilder vom Unfalltag vorlagen.

4.2.2 Auch der behandelnde Arzt Dr.med. G. _____ stellte seit Beginn seiner Behandlung die Diagnose einer Pseudarthrose Processus styloideus ulnae Handgelenk rechts bei Kontusionsverletzung im Jahre 2016 (Suva-act. 10, 14; vgl. oben Erw. 3). Mithin ging er von der Ursächlichkeit des Unfalles vom 7. November 2016 aus. Dies, nachdem ihn die Beschwerdeführerin über dieses Unfallereignis informierte und äusserte, keine Schmerzfreiheit erlangt zu haben jedoch eine Schmerzzunahme im Herbst 2018 / anfangs 2019 (Suva-act. 10). In der Folge übernahm er diese Ursachendarstellung, ohne sie seinerseits zu beurteilen oder begründen. Erst nachdem die Suva die Leistungseinstellung verfügt hatte, äusserte sich Dr.med. G. _____ erstmals konkreter zur Frage der Kausalität. Aber auch hier argumentiert er einzig mit dem zeitlichen Ablauf, dass nämlich die Pseudarthrose seit dem Unfall von 2016 nachgewiesen sei. Hieraus schloss er implizit auf Ursächlichkeit des Unfalls und wies dann sowohl die primäre als auch sekundäre Operation als klar unfallbedingte Eingriffe aus. Soweit er jedoch ausschliesslich zeitlich argumentierte, ist dies nicht zu hören, läuft dies doch auf die blossе Formel "post hoc ergo propter hoc" hinaus (vgl. BGE 142 V 325 Erw. 2.3.2.2; Urteil BGer 8C_241/2020 vom 29.5.2020 Erw. 3). Vor allem aber bestätigte auch Dr.med. G. _____ die kreisärztliche Beurteilung als korrekt, nachdem er mit dieser sowie der Bildgebung des Unfalltages bedient wurde. Auch er stellte fest, es zeige sich klar, dass der Processus styloideus ulnae am Unfalltag bereits abgerundet gewesen war und damit nicht frisch frakturiert sein konnte. Er übernahm ausdrücklich die Beurteilung der Suva, wonach die anhaltenden Beschwerden nicht auf das Unfallereignis vom 7. November 2016 zurückgeführt werden können (vgl. oben Erw. 3.17 mit Hinweis auf den Bericht zur Verlaufskontrolle vom 5.5.2020).

4.2.3 Ebenso bezeichnete der Vertrauensarzt der Krankenversicherung die Eingriffe als unfallkausal und stellte die Beurteilung des Kreisarztes als aktenwidrig dar. Indes lässt die Stellungnahme des Vertrauensarztes, namentlich die Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs, den vom Kreisarzt gezogenen Schluss als nachvollziehbar erscheinen, dass nämlich dem Vertrauensarzt der Krankenversicherung die Bildgebung vom Unfalltag nicht vorlag, er damit nicht

feststellen konnte, dass sich der Processus styloideus ulnae bereits damals abgerundet zeigte und frische Frakturen ausgeschlossen waren. Kommt hinzu, dass die Krankenversicherung an ihrer Einsprache nicht festhielt, mithin davon ausgegangen werden muss, dass auch für sie die kreisärztliche Beurteilung nach neuerlicher Prüfung stimmig erschien.

4.2.4 Wenn nun aber zur Beurteilung des Kreisarztes keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen vorliegen, sondern im Gegenteil nur ausdrücklich zustimmende, dann bestehen an deren Richtigkeit keine auch nur geringen Zweifel (vgl. etwa Urteil BGer 8C_786/2019 vom 20.2.2020 Erw. 4.1).

4.3 Kommt hinzu, dass die kreisärztliche Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig ist und vor allem auf den umfassenden medizinischen Akten beruht. Ging Dr.med. H. _____ in seiner ersten Beurteilung noch - allgemein - von einer Traumafolge aus, ohne jedoch ein Unfallereignis bezeichnen zu können, verlangte er anschliessend die unfallnahen Dokumentationen ein. In seiner ausführlichen Beurteilung bezog er ausdrücklich neben dem Bericht des Spitals I. _____ (Kontusion, Ausschluss ossäre Läsion) und dem Röntgenbefund (kein Nachweis von Frakturen) auch das am Unfalltag erstellte Röntgenbild Handgelenk rechts (seitlich und a.p.) ein. Seine Interpretation, auf dem Röntgenbild zeige sich bereits ein abgerundetes und pseudarthrotisch abgesetztes, leicht randsklerosiertes Ossikel bzw. abgetrennter Processus styloideus ulnae und eine frische Fraktur sei ausgeschlossen, wurde durch Dr.med. G. _____ ausdrücklich bestätigt. Bestätigt ist damit die Beurteilung, dass ein Vorzustand vorlag. Dass eine frische Fraktur am Unfalltag vom 7. November 2016 nicht vorlag, sah der Kreisarzt zudem nicht nur im Erstbefund bestätigt (keine ossäre Läsion), sondern nachvollziehbar auch in der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits nach kurzzeitiger Ruhigstellung wieder vollständig arbeitsfähig war. Hieraus folgte er überzeugend, dass der Unfall überwiegend wahrscheinlich nur zu einer vorübergehenden, aber nicht richtunggebenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt hat.

4.4 Wenn die Beschwerdeführerin vorträgt, die Pseudarthrose setze zwingend eine Fraktur voraus, so verkennt sie, dass damit die Ursächlichkeit des Ereignisses vom 7. November 2016 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Vielmehr hat die Suva zu Recht auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt, wonach der Schaden, der am 21. Mai 2019 primär behandelt wurde und zu einer sekundären Operation am 16. Januar 2020 führte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen Vorzustand bereits vor dem Unfallereignis vom 7. November 2016 zurückzuführen sei.

Damit aber steht auch fest, dass die Suva den Fall zu Recht per 23. Dezember 2019 unter Leistungseinstellung abschloss.

5.1 Die Beschwerdeführerin wirft der Suva sodann vor, eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 lit. a UVG zu Unrecht ohne Prüfung verneint zu haben. Es liege unbestrittenermassen eine Listendiagnose (Knochenbruch) vor. Wenn eine Listenerkrankung der Hauptbefund sei, bestehe eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Zudem laute vorliegend die korrekte Fragestellung, ob eine Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes oder die Verschlimmerung von Abnützungserscheinungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne, was hier nicht der Fall sei. Der Suva habe aufgrund der Diagnose der Pseudarthrose bewusst sein müssen, dass diese Folge einer Fraktur sei. Es sei denkbar, dass diese nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. November 2016 stehe, sondern nachher entstanden sei. Daher hätte die Suva bei korrektem Vorgehen ihre Leistungspflicht aufgrund einer Listendiagnose prüfen müssen, was sie nicht getan habe. Sodann komme es bei Vorliegen einer Listendiagnose zu einer Beweislastumkehr; der Suva gelinge es aber nicht, eine vorwiegend krankhafte oder degenerative Genese der stattgehabten Fraktur nachzuweisen.

5.2 Soweit die Beschwerdeführerin eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 lit. a UVG geltend macht, gilt es vorerst festzuhalten, dass diese Bestimmung erst per 1. Januar 2017 in Kraft trat. Auf ein (unfallähnliches) Ereignis vom 7. November 2016 findet sie damit keine Anwendung. Vielmehr werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen ereignet haben, nach bisherigem Recht beurteilt und gewährt (Art 118 UVG). Dies gilt insbesondere auch für die Leistungen aus unfallähnlicher Körperschädigung (BGE 146 V 51 Erw. 2.3; BGE 143 V 285 Erw. 2.1). Vorliegend wäre die Leistungspflicht aus initialem Ereignis vom 7. November 2016 somit aufgrund von Art. 9 aUVV und die dazu ergangene Rechtsprechung zu prüfen.

Nun steht aber fest, dass sich - wie oben ausgeführt - im Zeitpunkt des Ereignisses vom 7. November 2016 die Pseudarthrose bereits gezeigt hat und eine frische Fraktur auszuschliessen ist. Mithin ist die Ursächlichkeit des Ereignisses für eine Fraktur bereits aus diesem Grunde ausgeschlossen. Kommt hinzu, dass die Suva das Ereignis vom 7. November 2016 als Unfall anerkannt hat. Ist aber der Kausalzusammenhang zwischen dem anerkannten Unfall und einer Fraktur ausgeschlossen, so schliesst dies ebenso eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung aus.

Ein anderes äusseres Ereignis im Sinne eines auf den menschlichen Körper einwirkenden Faktors (vgl. BGE 129 V 466 Erw. 2.2) vermag die Beschwerdeführerin nicht zu bezeichnen, weshalb eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung nach Art. 9 aUVV ohne weiteres zu verneinen ist.

5.3 Seit dem 1. Januar 2017 gilt neues Recht. Diesbezüglich hält die Beschwerdeführerin korrekt fest, dass bei Vorliegen einer Listendiagnose der Versicherer leistungspflichtig ist, soweit er nicht den Nachweis zu erbringen vermag, dass die Körperschädigung nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurück zu führen ist (vgl. Art. 6 Abs. 2 UVG). Die Beschwerdeführerin lässt aber ausser Acht, dass gemäss Rechtsprechung die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis auch nach der UVG-Revision relevant ist (Urteile BGer 8C_382/2020 vom 3.12.2020 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 146 V 51 Erw. 8.6; 8C_819/2019 vom 26.2.2020 Erw. 5.1). Mithin ist das Vorliegen einer Listendiagnose nicht ausreichend; verlangt ist zusätzlich ein initiales Ereignis (BGE 146 V 51 Erw. 8.6). Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, es sei denkbar, dass die Fraktur nicht mit dem Ereignis vom 7. November 2016 in Zusammenhang stehe, sondern nachher entstanden sei, so vermag dies daher noch keine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG auszulösen. Kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin gegenüber der Suva ausdrücklich erklärt hat, die starken Schmerzen seien anfangs 2019 ohne neues Ereignis aufgetreten. Mithin ist ihr selber kein Ereignis erinnerlich. Auch deshalb ist eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 6 Abs. 2 UVG ausgeschlossen.

5.4 Wenn aber im Zeitpunkt des (anerkannten) Unfallereignisses vom 7. November 2016 die Pseudarthrose bereits bestand, der Unfall mithin keine frische Fraktur verursacht hat, bzw. für die Pseudarthrose nicht kausal war, und der Beschwerdeführerin selber kein anderes Ereignis erinnerlich ist (weder vor noch nach dem 1. Januar 2017), so besteht seitens der Suva eine Leistungspflicht weder aus Art. 9 aUVV noch aus Art. 6 Abs. 2 UVG.

6. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Suva den Fall per 23. Dezember 2019 abgeschlossen und den Anspruch auf Versicherungsleistungen für darüber hinaus anhaltende Handbeschwerden rechts als nicht unfallkausal abgelehnt hat. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

7. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf Parteientschädigung besteht nicht (Art. 61 lit. a und 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).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
 - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Februar 2021

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: 18. Februar 2021