

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00362 vom 30. Oktober 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00362

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00362 du 30 octobre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00362 del 30 ottobre 2006

Erwägungen

E. 3

3.1 Im Hinblick auf die Diagnosestellung und auf die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen:

Der Beschwerdeführer suchte am 27. Mai 2002 Dr. med. F., Spezialarzt Allgemeine Medizin FMH, wegen rezidivierenden Schmerzen in der rechten Schulter auf (Urk. 8/3 Ziff. 1-2). Er diagnostizierte einen Verdacht auf ein Impingement-Syndrom und auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts und verordnete Analgetika und Physiotherapie (Urk. 8/3 Ziff. 5 und Ziff. 7). Es handle sich um eine Berufskrankheit, welche durch das Klopfen von Schnitzeln verursacht worden sei (Urk. 8/3 Ziff. 6). Dr. F. attestierte dem Beschwerdeführer ab 25. November 2002 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 8/3 Ziff. 8; Urk. 8/1).

Dr. med. G., Oberarzt Radiologie, Spital C., nahm am 12. Dezember 2002 eine Ultraschalluntersuchung der rechten Schulter vor. Dabei stellte er sonographische Zeichen für eine schwere Rotatorenmanschettendegeneration fest, wobei ein Riss, trotz scheinbar erhaltener Kontinuität, nicht ausgeschlossen werden könne. Er empfahl deswegen die Durchführung einer Schulter-Arthro-MRI (Urk. 8/4).

Am 19. Dezember 2002 führte Dr. med. H., Chefarzt Radiologie, Medizinisches Diagnose-Zentrum I., Spital C., ein Arthro-MRT des rechten Schultergelenkes durch. Den Befund beurteilte er als mässiggradige Degeneration der Supraspinatussehne ansatznahe. Es zeigten sich weder Hinweise auf eine Rissbildung noch auf ein knöchernes Impingement bei Buford-Komplex als Normvariante. An der Bursa subdeltoidea bestehe ein Reizzustand mit einem kleineren Reizerguss (Urk. 8/5).

Dr. med. J., Spezialärztin Neurologie FMH, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 16. Januar 2003 einen Schulteransatzschmerz rechts ohne nachweisbares Karpaltunnelsyndrom (Urk. 8/8 S. 2). Sie führte die Beschwerden des Schulter-Arm-Schmerzes auf eine langjährige Überbelastung und auf eine ihr nicht bekannte Schulterproblematik zurück (Urk. 8/8 S. 2).

Dr. F. diagnostizierte am 27. Januar 2003 eine Rotatorenmanschettendegeneration rechts sowie eine mässiggradige Degeneration der Supraspinatussehne. In Beantwortung von Fragen der Beschwerdegegnerin stellte er sich ohne weitergehende Begründung auf den Standpunkt, dass es sich dabei um Berufserkrankungen handle (Urk. 8/11 in Verbindung mit Urk. 8/9).

Dr. med. K., Spezialarzt Chirurgie FMH, führte in seinem Aktenbericht vom 1. Februar 2003 aus, dass es sich bei den Beschwerden nicht um eine Berufskrankheit

handle. Das Schnitzelklopfen werde nicht aus der Schulter, sondern aus dem Vorderarm (Ellbogen) geleistet. Selbst wenn der Beschwerdeführer noch (zu) jung sei, um eine Degeneration der subacromialen Sehnenplatte aufzuweisen, müssten bei analog gelagerten Tätigkeiten bei Tausenden derartige Probleme vorliegen (Urk. 8/13).

3.6 Dr. F. ___ hielt in seinem Schreiben vom 2. Juni 2003 fest, beim Schnitzelklopfen mit einem Hammer, der 700 Gramm wiege, liege die Belastung in der Schulter und nicht im Ellbogen. Unter der Annahme von je rund 120 Schlägen für die tägliche Vorbereitung von 140 Schnitzeln ergebe dies 16'800 Schläge pro Tag. Aus medizinischer Sicht seien die beklagten Schulterbeschwerden als Berufskrankheit zu betrachten (Urk. 8/19).

3.7 Dr. med. L. ___, Spezialarzt Allgemeine Chirurgie FMH und Handchirurgie FMH, stellte in seinem Bericht vom 22. Juni 2003 fest, dass degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschetten bei Personen im Alter des Beschwerdeführers äusserst selten auftreten. Da an der Schulter kein eigentliches Unfallereignis erhebbar sei, komme keine andere Ursache für die Beschwerden beziehungsweise für die degenerativen Veränderungen als die langjährige chronische Belastung durch das Schnitzelklopfen in Frage (Urk. 8/30).

3.8 Dr. med. E. ___, Fachärztin Innere Medizin und Arbeitsmedizin FMH, Abteilung für Arbeitsmedizin, SUVA, nahm einen Betriebsbesuch zwecks Beurteilung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsweise des Beschwerdeführers vor und erstattete zusammen mit Dr. med. D. ___, Facharzt Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Unfallchirurgie FMH, Abteilung für Versicherungsmedizin, SUVA, gestützt auf die Vorakten (vgl. Urk. 8/38 S. 2 f.) am 10. Januar 2005 ein Gutachten (Urk. 8/38 S. 1). In den bildgebenden Darstellungen seien keine Hinweise auf traumatische Läsionen sichtbar. Es beständen weder Zeichen für eine intratendinöse noch für eine gelenksseitige Sehnenrissbildung. Insgesamt entsprechen die MRI-Befunde Befunden, wie sie bei asymptomatischen gleichaltrigen Probanden gefunden würden (Urk. 8/38 S. 3 Mitte). Die Abklärung der Schulterbeschwerden habe eine mässiggradige Degeneration der Supraspinatussehne rechts ohne Hinweise auf eine Rissbildung ergeben. Ein knöchernes Impingement bei Bufordkomplex als Normvariante wie auch ein Karpaltunnelsyndrom hätten ausgeschlossen werden können (Urk. 8/38 S. 4 oben).

Die Ärzte kamen im Gutachten zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege weder eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 1 noch im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG vor. Degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette gehörten zu den häufigsten Ursachen von Schulterbeschwerden. Beim Beschwerdeführer liege eine Tendinopathie vor, die noch zu keiner Rissbildung geführt habe. Die Rolle der repetitiven Bewegungen in der Pathogenese des Impingements und von Rotatorenmanschettenrissen sei bis anhin nicht völlig klar. Es gebe multiple Faktoren und arbeitsbezogene Faktoren. Wenn ein subacromiales Impingement und/oder Sehnenrisse in der Rotatorenmanschette im Rahmen von repetitiver Bewegung aufträten, sei dies selten das Resultat eines einzelnen Faktors. Häufiger seien multiple Faktoren gemeinsam an deren Entstehung beteiligt. Weder ein Riss in der Rotatorenmanschette noch eine Tendinopathie ohne Rissbildung, wie sie beim Beschwerdeführer für die rechte Schulter dokumentiert sei und wie sie auch bei asymptomatischen Probanden gefunden werden können, werde ausschliesslich oder stark überwiegend, das heisse zu 75 % oder mehr, durch eine berufliche Tätigkeit verursacht,

insbesondere nicht durch eine Tätigkeit, wie sie der Beschwerdeführer ausgeführt habe (Urk. 8/38 S. 8).

3.9. Dr. med. M. ____, Leitender Oberarzt Orthopädie, N. ____, Klinik, diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Februar 2005 ein myofasziales Schmerzsyndrom Schulter rechts (Urk. 8/43 S. 2 oben). Zwei Infiltrationen (vgl. Urk. 3/4) hätten zu keiner Verbesserung der Schmerzsymptomatik geführt, weswegen er keine erfolversprechende operative Möglichkeit zur Situationsverbesserung sehe. Er empfehle eine rheumatologische Basisuntersuchung. Bezüglich der Genese der Schulterproblematik nannte Dr. M. ____, eine berufsbedingte Überbelastung durch chronische repetitive Schlagbelastung am Arbeitsplatz. Dafür spreche die Kombination aus dem jungen Alter des Beschwerdeführers ohne anderweitig auslösende Ursachen mit Schmerzfreiheit auf der linken Seite sowie eindeutig muskuläre Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Er interpretiere die Tendinopathie als Zeichen einer chronischen Insertions-Tendinose der Supraspinatussehne am Tuberculum majus im Sinne einer Überbelastungsproblematik. In diesem Sinne stelle sich eine solche Tendinopathie sehr ähnlich dar wie eine Überbelastungsproblematik der Extensor carpi radialis brevis- Sehne am Epicondylus radialis beim chronischen Tennis- Ellbogen (Urk. 8/43 S. 2).

3.10. Dr. med. O. ____, Facharzt Innere Medizin FMH, speziell Rheuma-Erkrankungen, nannte in seinem Bericht vom 20. April 2005 als Diagnosen eine Periarthropathia humeroscapularis rechts, Supraspinatussehne, mit Tendomyosen im Schulterbereich rechts. Der Beschwerdeführer beklage weiterhin tägliche Schmerzen in der rechten Schulter, zum Teil auch nachts in Rechtslage mit Erwachen. Speziell bei Abduktion des Armes und beim Schürzengriff traten Schmerzen auf (Urk. 3/6 S. 1). Die rheumatologische Untersuchung bestätigte klinisch die früher festgestellten Befunde. Labormässig bestanden keine Hinweise auf eine entzündliche rheumatologische Erkrankung. Aus seiner Sicht stehe die Ursache oder die Einordnung der Beschwerden in einem direkten Zusammenhang mit der beschriebenen Arbeit, da es ohne diese Tätigkeit nicht zu den manifesten Schulterschmerzen gekommen wäre (Urk. 3/6 S. 2).

In seinem Schreiben vom 9. November 2005 erwähnte Dr. O. ____, eine geringe Besserung der Symptomatik durch die Behandlung mit Antidepressiva, Schmerzmitteln, einem Cortisonstoss und Physiotherapie. Er wies zudem auf eine Chronifizierung der Schmerzsymptomatik hin (Urk. 3/8).

E. 4

4.1. Aus den medizinischen Berichten geht für die rechtsseitigen Schulterbeschwerden der unbestrittene medizinische Befund einer mässiggradigen degenerativen Supraspinatussehne rechts ohne Rissbildung und unter Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms sowie eines knöchernen Impingement bei einem Buford-Komplex als Normvariante hervor. Es stellt sich somit die Frage, ob die berufliche Tätigkeit als stark überwiegende Ursache dafür verantwortlich ist.

4.2. Da der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 10. November 2005 (Urk. 1 S. 3 Ziff. 4b) Einwände gegen das arbeitsmedizinische Gutachten der SUVA vorbringt, ist vorab zu prüfen, ob er damit durchdringt.

Der Beschwerdeführer räumte, er habe seinerzeit keine Einwendungen gegen den vorgeschlagenen Gutachter erhoben, da er annahm, dass dieser in eigener Verantwortung handeln würde. Doch der Gutachter habe noch eine weitere

Gutachterin der SUVA beigezogen. Ausserdem liege mit der Expertise keine neutrale Beurteilung vor, da die SUVA als Unfallversicherer gleichgerichtete Interessen vertrete wie die Beschwerdegegnerin. Hierzu ist auf die Akten zu verweisen, gemäss welchen dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 8. Juni 2004 Gelegenheit geboten wurde, innert gesetzter Frist Einwendungen gegen die begutachtende Person, Dr. med. P. ____, der Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, oder die gestellten Fragen schriftlich vorzubringen (Urk. 8/33). Mit seinem Schreiben vom 23. Juni 2004 hat der Beschwerdeführer ausdrücklich auf Einwendungen verzichtet (Urk. 8/34). Am 13. Oktober 2004 nahm Dr. E. ____, einen Betriebsbesuch vor und hörte den Beschwerdeführer an (Urk. 8/39; Urk. 8/38). Dagegen erhob er weder vor Ort noch im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs zum Gutachten (Urk. 8/40) in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 14. März 2005 (Urk. 8/45) Einwendungen gegen die begutachtende Person oder gegen die Tatsache, dass diese bei der SUVA angestellt sind. Das erstmalige Vorbringen verweigerter Mitwirkungsrechte in der Beschwerde erweist sich deshalb als verspätet, weshalb darauf nicht einzutreten ist. Denn Ablehnungs- und Ausstandsgründe sind so früh als möglich geltend zu machen. Nach der Rechtsprechung verstösst es gegen Treu und Glauben, Einwände dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn und soweit der behauptete Mangel schon im vorangegangenen Verfahren hätte festgestellt werden können. Wer sich nicht bei erster Gelegenheit dagegen zur Wehr setzt, sondern sich stillschweigend auf den Prozess einlässt, verwirkt den Anspruch auf spätere Anrufung der verletzten Verfassungsbestimmung (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 17. August 2004 in Sachen J., I 29/04 Erw. 2.4; BGE 115 V 262 Erw. 4b und 114 V 62 Erw. 2c mit Hinweisen; vgl. auch BGE 124 I 123 Erw. 2, 119 Ia 227 Erw. 5a mit weiteren Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebensovienig zu überzeuoen vermag der pauschale Einwand, das Gutachten der SUVA sei nicht als unabhängig zu werten. Dazu gilt festzustellen, dass die SUVA als selbständiges ffentlichrechtliches Unternehmen umfassende Leistungen in der Prävention, Versicherung und Rehabilitation erbringt und andererseits, dass der Beschwerdeführer keine konkreten Ausschluss- oder Ausstandsreden dagegen erhob.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit leidet das Gutachten der SUVA nicht an formellen Mängeln; es ist deshalb in die Würdigung der medizinischen Berichte einzubeziehen.

4.3 Ä Ä Ä Ä Die Gutachterin und der Gutachter der SUVA haben sich bei ihrer Beurteilung auf die Vorakten gestützt und sind vom unbestrittenen Befund einer mssiggradigen degenerierten Supraspinatussehne rechts ohne Rissbildung ausgegangen und haben die geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden berücksichtigt. Deswegen erübrigte sich eine zusätzliche Untersuchung des Beschwerdeführers. Für die Beantwortung der Frage, ob die konkrete Tätigkeit des Beschwerdeführers die überwiegende Ursache für seine Beschwerden darstellt, haben die Gutachter zum einen eine Betriebsbesichtigung durchgeführt und die konkrete Tätigkeit beziehungsweise den Arbeitsvorgang des Schnitzelklopfens beobachtet und beschrieben. Gegen diese Arbeitsbeschreibung hat der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt Einwände vorgebracht. Dies fällt insbesondere angesichts der zahlreichen anderen Einwände, welche der Beschwerdeführer vorbrachte, ins Gewicht. Gestützt auf diese Arbeitsbeschreibung haben die Gutachter sodann in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass die konkrete Tätigkeit nicht stark überwiegend geeignet ist, eine Supraspinatussehnen-Degeneration und Schulterbeschwerden auszulösen. Zum anderen

haben sie unter Bezug zahlreicher Studien überzeugend nachgewiesen, dass MRI-Befunde wie jene beim Beschwerdeführer auch bei asymptomatischen Personen im Alter des Beschwerdeführers häufig vorkommen. Zudem gehörten degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschetten zu den häufigsten Ursachen für Schulterbeschwerden. Diese seien aber nicht stark überwiegend auf berufsbedingte Überbelastungen zurückzuführen, sondern würden multifaktoriell verursacht. Vor diesem Hintergrund kamen die Gutachter zum überzeugenden Schluss, dass auch die konkrete Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht als überwiegender Auslöser für die Degeneration der rechtsseitigen Supraspinatussehne betrachtet werden könne. Zusammenfassend nehmen die Gutachter zur streitigen Frage umfassend Stellung; das Gutachten erfüllt demnach alle von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien, welche vorausgesetzt werden, damit darauf abgestellt werden kann (vgl. vorstehend Erw. 1.1).

4.4.4 Dr. F. stellte sich demgegenüber in seinen Berichten auf den Standpunkt, die Leiden des Beschwerdeführers seien auf seine Tätigkeit als Koch, insbesondere als Schnitzelklopfer, zurückzuführen. Eine nachvollziehbare Begründung unter Darlegung der medizinischen Situation geht aus den Berichten des Facharztes für Allgemeinmedizin jedoch nicht hervor. Der Umstand, dass in der Anamnese nie Schulterprobleme zur Diskussion standen, vermag keinen überwiegenden Zusammenhang zwischen der Tätigkeit des Beschwerdeführers und der Tendinopathie ohne Rissbildung zu begründen. Weiter ist anzumerken, dass sich Dr. F. weder zum Gutachten der SUVA noch zu den darin erwähnten multifaktoriellen Ursachen für die festgestellten Befunde äußerte. Seine Berichte erweisen sich somit als für die streitigen Belange nicht umfassend, weshalb sie zu keinen abweichenden Schlussfolgerungen zu führen vermögen.

4.5.4 Aus den Berichten von Dr. L. (Urk. 8/30; Urk. 3/4) ist nicht ersichtlich, inwieweit er von den Vorakten Kenntnis hatte und diese in seine Beurteilung miteinbezog. Seine Folgerung, dass für die Beschwerden beziehungsweise die degenerativen Veränderungen wegen des Fehlens eines Unfallereignisses keine andere Ursache als die konkrete Tätigkeit des Beschwerdeführers in Frage komme, vermag nicht zu überzeugen. Denn wie aus dem Gutachten der SUVA ersichtlich ist, können diese mannigfaltige Ursachen haben. Dazu hat Dr. L. jedoch keine Stellung bezogen, sondern pauschal festgehalten, die Aussage, dass die Kraft beim Schnitzelklopfen aus dem Ellbogen komme, sei weder stichhaltig noch wahr. Mangels umfassender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und Begründung der streitigen Frage erscheinen die Berichte von Dr. L. als zur Entscheidungsfindung nicht weiterführend.

4.6.4 Die rheumatologische Untersuchung durch Dr. O. bestätigte klinisch die früher festgestellten Befunde und konnte eine Chronifizierungstendenz feststellen. Bezüglich der Genese der Beschwerden erklärte er pauschal einen direkten Zusammenhang mit der beschriebenen Arbeit. Diese sowie deren Auswirkung umschrieb er nicht konkret und äußerte sich auch nicht zum Gutachten der SUVA. Für ein Abstellen auf seinen Bericht erweist sich die Beantwortung der streitigen Frage, ob die konkrete Tätigkeit des Beschwerdeführers als überwiegende Ursache für seine Beschwerden zu betrachten sei, als wenig umfassend.

4.7.4 Dr. M. führt die Schulterproblematik des Beschwerdeführers auf eine berufsbedingte Überbelastung durch eine chronische repetitive Schlagbelastung zurück, da die Kombination des Alters des Beschwerdeführers ohne andere auslösende Ursache

mit Schmerzfreiheit auf der linken Seite primär daran denken lasse. Inwieweit andere Faktoren ebenfalls als (mit-)ursächlich zu berücksichtigen wären, erläuterte Dr. M. ___ nicht. Zudem legte er nicht dar, von welchem konkreten Arbeitsablauf er ausging und wie beziehungsweise wo sich die repetitive Schlagbelastung genau auf den Körper auswirkt. Obwohl er auf das junge Alter des Beschwerdeführers hinwies, nahm er keinen direkten Vergleich mit (asymptomatischen) Gleichaltrigen vor. Ebenso wenig äusserte er sich zum Gutachten der SUVA und den darin dargelegten Folgerungen. Demzufolge erweist sich sein Bericht als zur Entscheidungsfindung nicht weiterführend.

4.8 Zusammenfassend ist festzustellen, dass gestützt auf das Gutachten der SUVA und die darin erwähnten medizinischen Forschungsergebnisse zwar eine berufsbedingte Entstehung durch repetitive Bewegungen in der Pathogenese eines Impingements oder von Rotatorenrissen bis anhin nicht völlig geklärt ist, aber bestimmt ein Zusammenspiel multipler Faktoren dafür verantwortlich ist. Beim Beschwerdeführer liegt weder ein Impingement noch eine Rissbildung vor, sondern lediglich eine Tendinopathie und rechtsseitige Schulterbeschwerden. Degenerative Rotatorenmanschettenveränderungen und damit auch eine ansatznahe Degeneration der Supraspinatussehne treten auch bei (asymptomatischen) Personen im Alter des Beschwerdeführers auf und sind, da bislang noch kein Riss entstanden ist, im Rahmen der Deduktion ebenfalls auf ein Zusammenspiel mannigfacher Faktoren und eben nicht einzig auf eine berufsbedingte Ursache zurückzuführen. Gestützt auf die Forschungsergebnisse und auf diese Deduktion wird der positive Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit vorliegend ausgeschlossen (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Abschliessend kann somit die konkrete Tätigkeit des Beschwerdeführers als Koch und als Schnitzelklopfer nicht als stark überwiegende Ursache für seine Leiden und die degenerativen Veränderungen in seiner rechten Supraspinatussehne betrachtet werden, weshalb kein Anspruch auf Leistungen durch die Beschwerdegegnerin begründet wird.

Demzufolge erweist sich der Einspracheentscheid als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A. ___
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, K. ___hofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters

zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.