

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00086 vom 8. April 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00086

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00086 du 8 avril 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00086 del 8 aprile 2008

Erwägungen

E. 3

3.1 Zum Unfallhergang am 10. Januar 2005 ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin den TÄrdrdurchgang verfehlte und in die TÄrztzarge lief. (Urk. 7/1 Ziff. 6, Urk. 7/2 Ziff. 2).

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. B.____, Allgemeinmedizin FHM, stellte nach der Erstbehandlung am 19. Januar 2005 im Bericht vom 27. April 2005 folgende Diagnosen:

- Verdacht auf Bursitis bei traumatischem prominentem Metatarsale V
- traumatische Exostose
- Neuralgie nach Trauma

Bezüglich Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. B.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 21. bis 25. Januar 2005 und vier bis sechs Wochen nach der Operation vom 25. April 2005 (Urk. 7/2 Ziff. 8).

3.2 Am Anschluss an seine Sprechstunde vom 11. April 2005 diagnostizierte Dr. med. C.____, Orthopädie FMH, ein Metatarsale V rechts mit Bursa und Neuralgie (Urk. 7/4 oben). Er führte aus, um die Schmerzursache zu erfahren werde vorerst über dem Metatarsaleköpfchen mit Lidocain infiltriert. Es werde sich dann zeigen ob die Bursa, respektiv die über das Köpfchen verlaufenden Nerven, die Schmerzursache sind. Sollte dies nicht der Fall sein, müsste das Gelenk selbst infiltriert werden (Urk. 7/4 unten).

3.3 Dem Operationsbericht vom 25. April 2005 über die gleichentags durchgeführte retrokapitale Osteotomie Metatarsale V rechts ist sodann die klinische Diagnose einer rezidivierenden Bursitis über Metatarsaleköpfchen V rechts zu entnehmen (Urk. 7/8 oben).

3.4 Eine kreisärztliche Abklärung durch Dr. med. D.____, Chirurgie FMH, fand am 9. Juni 2005 statt (Urk. 7/12). In seiner Beurteilung führte er aus, dass die Operation vom 25. April 2005 nicht auf den Unfall vom 10. Januar zurückzuführen sei (Urk. 7/12 Mitte). Die Röntgenaufnahmen vom 19. Januar 2005 zeigten knöcherner Verletzungen und keine Exostose am Metatarsale V-Köpfchen rechts. Durch einen einmaligen Anprall an einer TÄrztzarge könne eine rezidivierende Bursitis über einem Metatarsaleköpfchen nicht hervorgerufen werden. Ursächlich für die Bursitis in diesem Bereich sei in der Regel eine Spreizfussdeformität. Diese sei durch die Operation behandelt worden (Urk. 7/13 unten).

3.5. In seinem Bericht vom 24. Juni 2005 führte Dr. med. E.____, Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, aus, bei den Folgen des Bagatellunfalles vom 10. Januar 2005 handle es sich wahrscheinlich um eine einfache Prellung der Fusskante lateral. Eine angebliche Luxation der Kleinzehe sei bloss eine nachträgliche Hypothese des Hausarztes, welche insbesondere der Orthopäde Dr. C.____ nicht habe bestätigen können. Deswegen hätte auch nicht operiert werden müssen. Auch klinisch sei das Gelenk bei der Untersuchung vom 11. April 2005 weder geschwollen noch instabil gewesen. Hingegen habe sich beidseits eine vermehrte Beschwielung über den Metatarsale-Knöpfchen V bei beidseits vermehrter Aussenrotation der Kleinzehen gezeigt. Die Operation sei wegen Bursitis bei prominentem Metatarsale-Knöpfchen, also einzig wegen eines konstitutionellen Problems (leichter Spreizfuss) erfolgt. Auch der Operateur habe nie explizit eine Unfallkausalität behauptet (Urk. 7/21).

3.6. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 30. Juni 2005 diagnostizierte Dr. B.____ eine Kontusion des lateralen Fussrandes und einen Status nach Osteotomie retrocapital MT V rechts (Urk. 7/24 Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin könne den Fuss nicht belasten und über den lateralen Fussrand nicht abrollen. Ferner sei der laterale Fussrand livid und geschwollen (Urk. 7/24 Ziff. 2). Weiter sei die Einholung einer Zweitmeinung bei der Schulthess Klinik geplant (Urk. 7/24 Ziff. 5).

3.7. Am 5. und 14. Juli 2005 war die Beschwerdeführerin auf Zuweisung durch Dr. B.____ in der Sprechstunde bei Dr. med. F.____, Orthopädische Medizin FMH (Urk. 7/26A Mitte). Die Beschwerdeführerin habe sich am 10. Januar 2005 offensichtlich eine Luxation im Grundgelenk der Kleinzehe rechts zugezogen. Danach sei eine zunehmend invalidisierende Bursa über dem Metatarsaleknöpfchen V rechts aufgetreten, welche schlussendlich zu einer umgekehrten Kramer-Operation durch Dr. C.____ geführt habe (Urk. 7/26A unten).

3.8. Am 26. September 2005 wurde die Beschwerdeführerin auf Zuweisung durch Dr. B.____ durch Prof. Dr. med. G.____, Neurologie FMH, untersucht (Urk. 7/32 S. 1 Mitte). Ohne und mit Schuhe stehe die Beschwerdeführerin median und belaste den lateralen Fussrand nicht (Urk. 7/32 S. 1 unten). In seiner Beurteilung vom 27. September 2005 führte er aus, er habe keine Möglichkeit, eine Sudeck-Dystrophie zu diagnostizieren und diese auf das Trauma-Ereignis zurückzuführen (Urk. 7/32 S. 2 Mitte).

Auf Zuweisung durch Dr. C.____ und Wunsch der Beschwerdeführerin habe sie Dr. G.____ am 14. Oktober 2005 nochmals aufgesucht (Urk. 7/35 S. 1 Mitte). In seinem Bericht vom 17. Oktober führte Dr. G.____ aus, man habe den Eindruck einer Sudeck-Dystrophie seit dem Trauma im Januar 2005 mit möglicherweise Aggravation durch das operative Vorgehen (Urk. 7/35 S. 1 unten). Er zweifle nicht am Zusammenhang des jetzigen Beschwerdebildes mit dem Trauma im Januar 2005 (Urk. 7/35 S. 2 oben).

3.9. In seinem Bericht vom 14. November 2005 führte Dr. E.____ aus, dass sich aus den Berichten keine neuen Erkenntnisse ergeben. Dr. G.____, der die Beschwerdeführerin erstmals am 26. September 2005 gesehen habe, habe eine rein zeitliche Kausal-Zuordnung post hoc gemacht. Seine Aussagen seien medizinisch nicht begründet. Ein Neurologe sei für derartige Pathologien auch nicht zuständig. Ob heute wirklich eine Algodystrophie vorliege, wie klinisch vermutet werde, könne offen gelassen werden. Radiologisch liege jedenfalls kein entsprechendes typisches Bild

vor. Wenn die SUVA für die Operation nicht zuständig sei, könne sie logischerweise auch nicht verantwortlich sein für eine postoperative Komplikation. Präoperativ habe es keinerlei Anhaltspunkte für einen Morbus Sudeck gegeben (Untersuchung durch Dr. C. ___ am 11. April 2005). Ferner sei lediglich ein Vorzustand ohne objektive Anhaltspunkte für eine unfallbedingte Verschlimmerung operiert worden. Der Hausarzt habe im Arztzeugnis vom 27. April 2005 ebenfalls bestätigt, dass die primären Beschwerden nach der bagatellären Prellung schnell abgeheilt seien (Urk. 7/39 unten).

3.10. Auf Zuweisung durch Dr. B. ___ wurde die Beschwerdeführerin am 15. Februar 2006 von Dr. med. H. ___, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, untersucht (Urk. 7/50A Mitte). Er führte in seinem Bericht vom 16. Februar 2006 aus, die versicherungsrechtliche Situation sei nach wie vor offen. Aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin und von Dr. B. ___ sei es höchstwahrscheinlich, dass sich bereits nach dem Unfallereignis vom Januar 2005 ein Morbus Sudeck ausgebildet habe, welcher durch die Operation im April 2005 wieder aktiviert worden sei. Allerdings handle es sich bei der Frage nach der Unfallkausalität nicht mehr um ein medizinisches, sondern um ein juristisches Problem (Urk. 7/50A S. 2 oben).

3.11. In einem weiteren Bericht vom 22. Januar 2007 hielt Dr. E. ___ fest, aus dem Bericht vom 16. Februar 2006 (Urk. 7/50A) von Dr. H. ___ hätten sich keine neuen Erkenntnisse ergeben. Zweck dieser konsiliarischen Untersuchung sei einzig eine therapeutische Beratung gewesen. Die gestellte Diagnose einer Algodystrophie II sei unbestritten, ebenso dass dieses Krankheitsbild durch die Operation ausgelöst worden sei. Ferner habe auch Dr. H. ___ nicht behauptet, dass der Eingriff unfallbedingt notwendig gewesen sei (Urk. 7/70 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter sei nach der Kontrolle vom 25. Januar 2005 die Behandlung bei Dr. Eb-näther abgeschlossen worden. Erst am 6. April 2005 habe die Beschwerdeführerin den Hausarzt wieder aufgesucht. Es sei unwahrscheinlich, dass damals noch echte Unfallfolgen vorgelegen haben. Auch Dr. C. ___ habe keinerlei Anhaltspunkte für eine Algodystrophie gehabt. Ferner ergebe sich auch aus dem Operationsbericht kein Befund, der objektiv auf die Unfallfolgen hinweisen würde (Urk. 7/70 unten).

E. 4

4.1. Die Würdigung der medizinischen Beurteilungen ergibt, dass die Arztberichte von Dr. E. ___ (Urk. 7/21, Urk. 7/39, Urk. 7/70) für die streitigen Belange umfassend sind. Sie berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Die Arztberichte erfüllen daher die praxisgemässen Anforderungen (vgl. Erw. 1.4) vollumfänglich, so dass den darin enthaltenen Ausführungen voller Beweiswert zukommt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Operation vom 25. April 2005 nicht unfallkausal ist, bestätigt auch Dr. D. ___. Zudem führte dieser aus, dass durch einen einmaligen Aufprall an einer Tärzarge keine rezidivierende Bursitis über einem Metatarsale hervorgerufen werden könne (Urk. 7/13 Mitte). Ursächlich für die Bursitis sei in der Regel eine Spreizfussdeformität (Urk. 7/13 unten).

4.2. Daran vermögen auch die verschiedenen Arztberichte von Dr. B. (Urk. 7/2, Urk. 7/24), Dr. C. (Urk. 7/4, Urk. 7/8), Dr. F. (Urk. 7/26A), Dr. G. (Urk. 7/32, Urk. 7/35) und Dr. H. (Urk. 7/50A) nichts zu ändern.

Dr. F. und Dr. C. äusserten sich nicht zur Frage der Unfallkausalität (Urk. 7/4, Urk. 7/8, Urk. 7/26A). Im Operationsbericht vom 25. April 2005 von Dr. C. (Urk. 7/8) wird einzig die Diagnose einer rezidivierenden Bursitis über dem Metatarsaleköpfchen V rechts gestellt, die Frage, ob die Bursitis unfallkausal ist, wurde jedoch nicht beantwortet.

Ferner führte auch Dr. B. in keinem seiner Berichte explizit aus, es sei der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. Januar 2005 und der Operation von 25. April 2005 gegeben (Urk. 7/2 Ziff. 6, Urk. 7/24). Des Weiteren plante er die Einholung einer Zweitmeinung, was von einer gewissen Zurückhaltung beziehungsweise Unsicherheit in der medizinischen Beurteilung zeugt (Urk. 7/24 Ziff. 5). Ferner kommt hinzu, dass in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Daher kann nicht auf die Einschätzungen von Dr. B. abgestellt werden.

Dr. G. führte in seinen Berichten aus, dass er keine Möglichkeit habe eine Sudeck-Dystrophie zu diagnostizieren und diese auf das Unfallereignis vom 10. Januar 2005 zurückzuführen (Urk. 7/32 S. 2 Mitte, Urk. 7/35 S. 2 oben). Dieser Schlussfolgerung von Dr. G. fehlt es jedoch - wie dies Dr. E. in seinem Bericht vom 14. November 2005 zu Recht festhielt (Urk. 7/39 unten) - an einer Begründung.

Dr. H. stützte sich bei seiner Einschätzung auf die Aussagen der Beschwerdeführerin und von Dr. B. und bejahte die Kausalität zwischen dem Unfallereignis und der Operation beziehungsweise der Folgen davon. Er hielt fest, dass es sich bei der Frage der Unfallkausalität nicht um ein medizinisches, sondern ein juristisches Problem handle (Urk. 7/50A S. 2 oben). Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges ist eine Tatfrage, worüber das hiesige Gericht mit freier Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (vgl. Erw. 1.2). Im Gegensatz zu den Ausführungen von Dr. H. handelt es sich vorliegend um die Beantwortung einer Tatfrage, das heisst, um eine medizinische Problematik. Damit und aufgrund der Tatsache, dass sich Dr. H. auf die Aussagen von Dr. B. abstützt, denen - wie oben erwähnt - kein Beweiswert zukommt, kann nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden.

4.3. Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, es habe sich bei der Operation bloss um eine Abklärung gehandelt und daher seien die Kosten der Operation zu übernehmen, ist einzuwenden, dass sich auch aus dem Operationsbericht vom 25. April 2005 (Urk. 7/8) keine Anhaltspunkte bezüglich einer Unfallkausalität ergeben. Weiter stand bereits vor der Operation fest, dass die Bursa über dem Metatarsaleköpfchen die Schmerzursache ist. Dies ergibt sich aus dem Bericht von Dr. C. vom 12. April 2005, in welchem er ausführte, bei guter Wirkung der Lokalanästhesie rate er der Beschwerdeführerin zu einer retrokapitalen Osteotomie mit Verschiebung des Köpfchens nach medial (Urk. 7/4 unten). Gemäss Operationsbericht wurde gerade dieser Eingriff durchgeführt (Urk. 7/8 Mitte); damit ist anzunehmen, dass die

