

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00119 vom 19. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00119 du 19 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00119 del 19 novembre 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Mit Schadenmeldung vom 24. Juli 2007 wurde der Beschwerdegegnerin eine Entzündung im linken Oberarm des Beschwerdeführers gemeldet. Darin wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe seit September 2006 Überzeit (Computerarbeit) geleistet. Die überdurchschnittliche Beanspruchung der Sehne im linken Arm sei die Ursache für eine massive Sehnenscheidenentzündung (Urk. 9/1 Ziff. 6 und 9).

3.2 Der Beschwerdeführer ist seit dem 18. Juli 2007 bei Dr. med. Z. ____, Praktischer Arzt FMH, in Behandlung (Urk. 9/2 Ziff. 1). Dr. Z. ____ führte in einem Bericht vom 6. August 2007 aus, der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im linken Vorderarm, über der Ellbogenaussenseite und dem proximalen Vorderarm dorsal, vor allem am Morgen. Während zehn Monaten habe eine verstärkte Belastung mit vielen Überstunden bestanden (Urk. 9/2 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer gebe Schmerzen bei der Palpation der proximalen Fingerextensoren über dem linken Unterarm und bei der Dorsalflexion des Handgelenkes an, die bei Widerstand verstärkt auftreten würden. Die Palpation des Epicondylus humeri radialis links sei ebenfalls schmerzhaft. Die Dorsalflexion der Hand gegen Widerstand führe zu einer Verstärkung der Beschwerden (Urk. 9/2 Ziff. 4).

Dr. Z. ____ nannte als Diagnosen eine Tendovaginitis der proximalen Fingerextensoren des linken Vorderarmes und eine Epicondylitis humeri radialis links (Urk. 9/2 Ziff. 5). Es handle sich um eine Berufskrankheit. Als arbeitsbedingte Erkrankung im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG gelte auch eine so genannte Sehnenscheidenentzündung (Peritendinitis crepitans, Urk. 9/2 Ziff. 6). Der Behandlungsabschluss könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorausgesagt werden (Urk. 9/2 Ziff. 10).

Dr. Z. ____ stellte in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 28. August 2007 präzisierend fest, eine Peritendinitis crepitans sei gleichbedeutend mit einer Tendovaginitis. Der Beschwerdeführer leide unter einer Peritendinitis crepitans oder Tendovaginitis der proximalen Fingerextensoren am linken Vorderarm. Die von ihm genannte Hauptdiagnose sei für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin relevant, während die zweitgenannte Diagnose in ihrer klinischen Relevanz untergeordnet sei (Urk. 9/5).

3.3 SUVA-Kreisarzt Dr. med. A. ____, Facharzt für Chirurgie, nahm am 31. August 2007 zur Frage der Beschwerdegegnerin, ob es sich bei einer Tendovaginitis der proximalen Extensoren um eine Berufskrankheit gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG handle, Stellung (Urk. 9/7). Dr. A. ____ erklärte in der Beurteilung, dass nur über dem

Handgelenk dorsal wie auch volar Sehnenscheiden bestÄ¼nden. Diese endeten zirka zwei bis drei Zentimeter oberhalb des Gelenkspaltes. Anschliessend trete die freie Sehne aus. Eine Peritendinitis crepitans existiere im Bereich der Sehnenscheide nicht. Die genannte Erkrankung entstehe durch ReibungsphÄ¼nomene der Sehne mit den Weichteilen, so dass es zur Ä¼demausschwulzung, Fibrinumwandlung und letztendlich zu einem Ä¼KnarrenÄ¼ komme. Wenn dieser Zustand bestehe, sei, wenn die entsprechende Ä¼berlastung vorgelegen habe, von einer Berufskrankheit gemÄ¼ss Art. 9 Abs. 1 UVG auszugehen.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Dr. Z.____ beschreibe im Bericht vom 6. August 2007, dass der BeschwerdefÄ¼hrer Schmerzen bei der Palpation der proximalen Fingerextensoren Ä¼ber dem linken Unterarm habe. Ein Ä¼KnarrenÄ¼ liege nicht vor. Dr. Z.____ gehe zudem von einer Tendovaginitis der proximalen Fingerextensoren des linken Vorderarmes aus. Dies entspreche nicht dem Status einer Peritendinitis crepitans. Eine Gleichsetzung der beiden Begriffe sei anatomisch nicht mÄ¼glich. Bei einer Peritendinitis crepitans seien die Sehnen nicht von einer Vagina umhÄ¼llt. Dagegen seien die Extensoren im Bereich des Handgelenks aufgrund der Enge mit Sehnenscheiden ummantelt. Es handle sich um eine andere Lokalisation und eine vÄ¼llig unterschiedliche Physiologie. Vor dem Hintergrund, dass es vorliegend an einem Krepitieren fehle, mÄ¼sse der Fall abgelehnt werden. Eine Epicondylitis kÄ¼nne ebenfalls nicht als Berufskrankheit akzeptiert werden (Urk. 9/7).

3.4Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die Beschwerdegegnerin legte die Akten in der Folge Dr. med. B.____, Facharzt FMH fÄ¼r Chirurgie, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vor, der am 6. Dezember 2007 dazu Stellung nahm (Urk. 9/17).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Dr. B.____ fÄ¼hrte aus, der BeschwerdefÄ¼hrer erklÄ¼re in einem E-Mail vom 26. September 2007, dass er seit zehn Jahren bei der Swisscom, normalerweise mit einem Pensum von acht Stunden pro Tag, arbeite. In dieser Zeit sei er stets beschwerdefrei gewesen. Zirka von September 2006 bis Juli 2007 habe er Mehrarbeit von zirka 700 Stunden leisten mÄ¼ssen, die zu 90 % Projektarbeiten am Computer beinhaltet habe (Urk. 9/17 S. 1).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Dr. Z.____ habe bei dem BeschwerdefÄ¼hrer eine Tendovaginitis der proximalen Fingerextensoren am linken Vorderarm und eine radiale Epicondylopathie diagnostiziert, wobei die Tendovaginitis fÄ¼r Dr. Z.____ die Hauptdiagnose darstelle. Die diagnostische Unterteilung wirke kÄ¼nstlich und die Gewichtung in Haupt- und Nebendiagnose durch Dr. Z.____ sei nicht nachvollziehbar. Die Symptome und das klinische Bild, das Dr. Z.____ am linken Vorderarm beschrieben habe, seien fÄ¼r eine Epicondylopathie typisch. Zu diesem Krankheitsbild gehÄ¼re eine Druckdolenz des radialen Epicondylus mit einer pathognomonischen SchmerzverstÄ¼rkung bei Streckung des Handgelenkes gegen Widerstand ebenso wie eine Druckdolenz Ä¼ber den proximalen Fingerextensoren beziehungsweise deren Ursprung am radialen Epicondylus, die sich bei Streckung des Handgelenks gegen Widerstand verstÄ¼rke. Das typische Bild einer Peritendinitis crepitans hingegen sei dasjenige einer fusiformen, schmerzhaften Schwellung der radialen Fingerextensoren am distalen Vorderarm im Ä¼bergang von der Sehne zum Muskel. Der klassische Befund des Krepitierens sei auf eine Fibrinausschwulzung ins peritendinÄ¼se Gewebe (deshalb der Begriff der Peritendinitis) zurÄ¼ckzufÄ¼hren. Sowohl die Lokalisation als auch das Fehlen eines Krepitierens spreche klar gegen die Diagnose einer Peritendinitis crepitans. Die Diagnose einer Ä¼TendovaginitisÄ¼ der proximalen Fingerextensoren sei aus anatomischen GrÄ¼nden nicht mÄ¼glich, da es im

Bereich der Sehnenursprünge am Ellbogen und im proximalen Vorderarm keine Sehnscheidenentzündung (Urk. 9/17 S. 2 f.).

Die beim Beschwerdeführer gestellte Diagnose einer radialen Epicondylopathie sei korrekt und zutreffend. Im Hinblick auf die Frage der Kausalität sei daher zu beurteilen, ob die diagnostizierte Epicondylopathie im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers verursacht worden sei. Bei einer radialen Epicondylopathie handle es sich um ein ausgesprochen multifaktoriell bedingtes Leiden, bei welchem Alter und Konstitution die überwiegende Rolle spiele. Die pathophysiologische Grundlage der Erkrankung sei eine altersabhängige Degeneration des fibrösen Bindegewebes an den Ansatzstellen der radialen Strecksehnen am lateralen Epicondylus. Es handle sich um eine angiofibroblastische Tendinose, das heisst einen entzündlichen und funktionell avaskulären Prozess mit Ausbildung eines atypischen Granulationsgewebes. Die Erkrankung trete am häufigsten zwischen dem 35. bis 50. Lebensjahr auf. Zahlreiche epidemiologische und arbeitsmedizinische Studien legten dar, dass die Beschwerden einer Epicondylopathie zwar gehäuft mit kraftvollen und repetitiven Tätigkeiten assoziiert würden (im Sinne eines Beschwerdeauslösers), ohne aber einen Aufschluss über die Ursache der Beschwerden zuzulassen. Die Ätiologie der Erkrankung sei in der Literatur kontrovers. Es werde darauf hingewiesen, dass rund 3 % der Bevölkerung irgendwann an einer Epicondylitis erkrankten, und diese oft ohne Ursache und ohne Zusammenhang mit einer biomechanisch belastenden beruflichen Tätigkeit oder Freizeitaktivität aufträte (Urk. 9/17 S. 3 Mitte).

Dem Beschwerdeführer könne insofern beigespflichtet werden, als dass seine Beschwerden im Sinne einer radialen Epicondylopathie durch die berufliche Tätigkeit ausgelöst worden seien. Das Auslösen von Beschwerden beziehungsweise eine zeitliche Assoziation derselben mit einer beruflichen Tätigkeit reiche jedoch nicht aus, um von einer Berufskrankheit im Rechtssinne sprechen zu können, da nach Gesetz ausdrücklich eine Verursachung verlangt sei (Urk. 9/17 S. 3 unten). Der Beschwerdeführer habe sich zum Zeitpunkt des Beschwerdebegins mit 52 Jahren in jenem Lebensabschnitt befunden, in dem die radiale Epicondylopathie am häufigsten aufträte. Davor habe er dieselbe berufliche Tätigkeit während gut zehn Jahren ausgeübt, ohne Beschwerden zu verspüren. Im Falle des Beschwerdeführers sei anzunehmen, dass er beim Bedienen der Computertastatur die Fingerextensoren beider Hände ungefähr in gleichem Ausmass beanspruche. Wäre eine rein mechanisch bedingte Mehrbeanspruchung der Fingerextensoren die stark überwiegende Ursache der Epicondylopathie, sei zu fragen, weshalb die Beschwerden nur am linken Arm aufgetreten seien. Der Nachweis einer stark überwiegenden beruflichen Ursache der radialen Epicondylopathie lasse sich im Falle des Beschwerdeführers nicht erbringen. Aufgrund epidemiologischer Erwägungen sei zudem nicht nachzuweisen, dass die radiale Epicondylopathie bei Büroangestellten oder bei Personen, die hauptsächlich Computerarbeiten verrichten würden, mehr als vier mal häufiger vorkomme als in anderen Berufsgruppen oder in der Allgemeinbevölkerung (Urk. 9/17 S. 3 f.).

E. 4

4.1 In Anhang 1 zur UVV ist unter Ziff. 2 die so genannte Sehnscheidenentzündung (Peritendinitis crepitans) als arbeitsbedingte Erkrankung im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG aufgeführt. Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob der

Beschwerdeführer an einer Peritendinitis crepitans leidet und ob damit eine Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 1 UVG vorliegt.

Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. Z. ___ diagnostizierte eine Tendo-vaginitis der proximalen Fingerextensoren des linken Vorderarms und eine Epicondylitis humeri radialis links (Urk. 9/2 Ziff. 5). Gemäss Dr. Z. ___ ist eine Tendovaginitis einer Peritendinitis crepitans gleichzusetzen (Urk. 9/5).

4.2 Der Beschwerdeführer machte geltend, ob er an einer Peritendinitis crepitans oder einer Epicondylopathie leide, sei nicht entscheidend (Urk. 1 S. 1 oben). Dieser Einschätzung kann nicht gefolgt werden, nachdem einzig eine Peritendinitis crepitans, nicht aber eine Epicondylitis humeri radialis (so genannter Tennisellenbogen, vgl. P. Reuter, Springer Wörterbuch, Medizin, S. 264, Berlin 2001) in Anhang 1 zum UVV als arbeitsbedingte Erkrankung im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG aufgeführt ist.

Dass Dr. A. ___ und Dr. B. ___ den Beschwerdeführer nicht untersucht haben, schadet nicht, da ein Arztbericht von Dr. Z. ___ vom 6. August 2007 vorliegt, der auf einer Untersuchung des Beschwerdeführers beruht. Dieser Umstand fällt sodann um so weniger ins Gewicht, als sich Dr. A. ___ und Dr. B. ___ schwergewichtig zu medizinischen-anatomischen Fragen wie der Gleichwertigkeit einer Tendovaginitis und einer Peritendinitis crepitans äusserten. Den Beurteilungen von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ ist daher voller Beweiswert beizumessen.

4.3 Nach Dr. A. ___ ist eine Peritendinitis crepitans im Bereich des Ellbogens nicht denkbar. Zudem wird im Bericht von Dr. Z. ___ kein Knarren oder Krepitieren beschrieben, wie es nach Dr. A. ___ bei einer Peritendinitis crepitans in typischer Weise auftritt. Nach den überzeugenden Einschätzungen von Dr. B. ___ und Dr. A. ___ ist eine Tendovaginitis der proximalen Fingerextensoren anatomisch nicht möglich und kann die von Dr. Z. ___ gestellte Diagnose einer Tendovaginitis nicht mit einer Peritendinitis crepitans gleichgesetzt werden. Dr. B. ___ und Dr. A. ___ legten nachvollziehbar dar, dass im Hinblick auf die beschriebenen Beschwerden nicht von einer Peritendinitis crepitans, sondern einer Epicondylitis humeri radialis auszugehen ist. Eine Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 1 UVG scheidet daher aus.

4.4 Für eine Anerkennung der Epicondylitis humeri radialis als Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG ist vorausgesetzt, dass die Erkrankung ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde (vgl. Erw. 1.1 hiervor). Dr. B. ___ verwies in der Beurteilung vom 6. Dezember 2007 auf mehrere Studien. Nach diesen konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine solche Erkrankung bei Büroangestellten oder Personen, die hauptsächlich Computerarbeiten verrichten, mehr als viermal häufiger vorkommt, als in anderen Berufsgruppen oder in der Allgemeinbevölkerung (Urk. 9/17 S. 4). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass er sich als 52-Jähriger nicht mehr in jenem Lebensabschnitt befunden habe, in dem die Erkrankung am häufigsten auftritt, kann ihm nicht gefolgt werden. Das von Dr. B. ___ beschriebene Lebensalter ist jedenfalls nicht im Sinne einer festen Begrenzung zu verstehen. Damit fehlt es am Nachweis, dass die diagnostizierte Epicondylitis humeri radialis durch die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers verursacht worden ist.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Hinblick auf die geltend gemachten Beschwerden am linken Arm an einer Epicondylitis humeri radialis leidet. Da es an den entsprechenden Voraussetzungen fehlt, ist eine Berufskrankheit

nach Art. 9 Abs. 1 und 2 UVG zu verneinen. Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

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

- X. _____

- Rechtsanwalt Dr. Christian Schärer

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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