

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00131 vom 4. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00131 du 4 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00131 del 4 gennaio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass keine Unfallfolgen und keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr vorliegen (Urk. 2/2 S. 4) und von weiteren Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten seien (Urk. 2/2 S. 5 Erw. 4b). Die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung geklagten Beschwerden könnten gemäss ärztlicher Beurteilung mit Sicherheit nicht mehr auf das Ereignis vom Oktober 2004 zurückgeführt werden (Urk. 10/I/83/4 S. 3 Ziff. 9).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Sachverhalt sei medizinisch ungenügend abgeklärt (Urk. 2/1 S. 6 f. Ziff. IV) beziehungsweise aus dem von ihm veranlassten und am 4. Juni 2007 von Prof. Dr. med. A. ____, Orthopädische Chirurgie, erstatteten Gutachten (Urk. 10/I/83/9 = Urk. 2/5/11) ergebe sich, dass der Unfall vom 10. Oktober 2004 und nicht eine Krankheit oder ein Vorzustand für die Schmerzen und damit die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich sei (Urk. 10/I/83/8 = Urk. 2/5/10, je S. 3 Ziff. 1).

2.3. Strittig ist somit, ob gestützt auf die vorhandenen medizinischen Beurteilungen die Frage der Unfallkausalität beantwortet werden kann und wie gegebenenfalls diese Antwort lautet.

E. 3

3.1. Gemäss dem von Dr. B. ____, Neurologie FMH, am 7. Dezember 2005 erstatteten Bericht (Urk. 10/I/43 = Urk. 10/II/51) hatte sich der Beschwerdeführer am 2. Dezember 1994 eine Kniekontusion und eine Zerrung im Bereich der rechten Inguinalgegend und der rechten Hüfte zugezogen und war wegen persistierender Schmerzen am 16. Februar 1999 (richtig: 1997; vgl. Urk. 10/II/33) an der Leiste operiert worden. In der Folge war er beschwerdefrei und zu 100 % arbeitsfähig (S. 1 Mitte).

3.2. Den Hergang des Ereignisses vom 10. Oktober 2004 beschrieb der Beschwerdeführer - die Angaben in der Unfallmeldung der Arbeitgeberin, er habe sich eine Zerrung des Sprunggelenks zugezogen (Urk. 10/I/1 Ziff. 6 und 9) ist offensichtlich falsch und möglicherweise auf ein Verstärkungsproblem zurückzuführen - am 18. November 2004 (Urk. 10/I/2; Transkription und Übersetzung der handschriftlichen Angaben: Urk. 22) wie folgt:

1. Auf welche Aktivitäten führen Sie das Auftreten der Schmerzen zurück (Ort, Datum und genauer Beschrieb des Ereignisses)?

HB Zürich, zirka um 21.00 Uhr am 10.10.2004. Während ich Arbeitsmaterial verschob, rutschte mir eine Schachtel auf das Gleis und der Inhalt leerte auf den Gleisen

aus. Ich bin sofort vom Bahnsteig heruntergesprungen (eine Zugseinfahrt stand kurz bevor), um das gesamte Material zusammenzulesen. Da habe ich in der rechten Leiste (welche vor mehreren Jahren in Bern operiert wurde - Unfallnr. ...) einen stechenden Schmerz verspürt.

2. Zeugen? Nicht auffindbar, da sie mir nicht persönlich bekannt sind.

3. Handelte es sich um eine für sie gewohnte/übliche Tätigkeit? Ja
Wurde sie unter den üblichen Verhältnissen ausgetübt? Ja

4. Ist etwas Aussergewöhnliches vorgefallen (Ausrutschen, Sturz, etc)?
Rutschen des Materials und mein sofortiger Sprung.

5. Wann haben Sie die Beschwerden das erste Mal gespürt?

Sofort.

Die Erstbehandlung erfolgte am 15. Oktober 2004 durch Dr. med. C., dessen Zeugnisse vom 12. November 2004 (Urk. 10/I/3) und vom 10. Januar 2005 (Urk. 10/I/6) im übrigen unleserlich sind. In einem Attest vom 7. Februar 2005 (Urk. 10/I/10) nannte er ein "stiramento muscolare regione inguinale dx.", mithin eine Muskelzerrung in der rechten Leistengegend.

Der von Dr. C. konsultierte Dr. med. D., Orthopädie FMH, nannte am 14. März 2005 folgende Diagnose (Urk. 10/I/14):

- unklare Schmerzen Inguina rechts

DD Muskelzerrung, Zerrung Ligamentum inguinale

Dr. D. fand ein frei bewegliches Hüftgelenk, kein Impingement, jedoch Schmerzen bei maximaler Aussenrotation und Abduktion im Hüftgelenk sowie eine exquisite Druckdolenz am Übergang des Ligamentum inguinale in die Symphyse im Bereich des Adduktorenansatzes (Urk. 10/I/14 Mitte).

Kreisarzt Dr. med. E., Chirurgie FMH, nannte am 8. April 2005 (Urk. 10/I/18) einen klinischen Verdacht auf Muskelzerrung (S. 2 oben). Er fand eine freie Hüftgelenksbeweglichkeit in alle Richtungen mit Endstellungen, die bei Aussenrotation und Abduktion empfindlicher waren, jedoch keine Druckschmerzen an der Symphyse, sondern lediglich im Bereich des Adduktorenansatzes (S. 1 unten).

Kreisarzt Dr. med. F., Chirurgie FMH, wiederum berichtete am 26. Oktober 2005 (Urk. 10/I/36) über keine Schmerzen am Adduktorenansatz, jedoch einen Schmerz medial der Femoralgefässe und lateral des Adduktorenansatzes. Sowohl bei Abduktion wie bei Aussen- und Innenrotation würden auch endständig keine Schmerzen angegeben, die Hüftbeweglichkeit sei in allen Richtungen normal (S. 1 unten). Eine am 22. Dezember 2004 erfolgte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule und der rechten Hüfte habe keine pathologischen Befunde gezeigt (S. 2 oben).

Dr. B. nannte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2005 (Urk. 10/I/43) als Diagnose eine Tendoperiostose inguinal rechts. Als Befund berichtete er über eine umschriebene Druckdolenz im Bereich der Adduktorenansätze rechts.

Dr. med. G. ___ nannte in einem am 1. Februar 2006 übermittelten Zeugnis (Urk. 10/I/53) als Diagnosen eine Coxalgia rechts posttraumatica, eine Entesopathia der Adduktoren an der pubischen Insertion und moderate Zeichen einer Algodystrophie.

Kreisarzt Dr. F. ___ verwarf in seiner Beurteilung vom 9. Februar 2006 (Urk. 10/I/57) die Diagnosen einer Adduktorenzerrung oder einer Insertionstendinose, hielt fest, dass keine neurologische Ursache für die Beschwerden habe gefunden werden können und kam zum Schluss, dass das Ereignis vom 8. (richtig 10.) Oktober 2004 zu keinen strukturellen Läsionen geführt habe.

Am 4. Juni 2007 erstattete Prof. A. ___ ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 10/I/83/9). Er stützte sich auf die am 1. Mai 2007 erfolgte Untersuchung, die Beurteilung bildgebender Dokumente und gemäß seinen eigenen Angaben auch auf ein Aktenstudium (S. 1 Mitte). Anamnestisch hielt er fest, der Beschwerdeführer habe beim Sprung aus rund 1 m Höhe ein axiales Stauchungstrauma erlitten (S. 1 unten). Als Befunde hielt er unter anderem eine seitengleiche Hüftgelenksbeweglichkeit und einen Leistenmerz bei Rotationen in verschiedenen Hüftflexionen fest (S. 2 lit. A und D).

Die Arthro-MRT Untersuchung vom 15. Mai 2007 habe ein Pincer-Impingement, eine Knorpelläsion im gewichttragenden Bereich des Acetabulum, eine Labrum-Verknöcherung und eine Osteophytenbildung am Schenkelhalsbereich ergeben (S. 3 unten).

In der Beurteilung der aktuellen rechtsseitigen Hüftgelenksbeschwerden und der rechtsseitigen Lendenschmerzen nannte er als Diagnose ein Pincer-Impingement der rechten Hüfte nach axialem Stosstrauma vom 10. Oktober 2004 (S. 3 unten).

Zur Frage, ob noch Unfallfolgen vorliegen, führte er aus, der Beschwerdeführer habe nach dem fraglichen Sprung über sofortige Schmerzen im zentralen Bereich der rechten Leiste geklagt. Die Beschwerden würden repetierbar genau an der gleichen Stelle zirka einen Querfinger lateral an der Kreuzung der Arteria femoralis im tiefen Leistenbereich lokalisiert (S. 4 Ziff. 1).

Nach der Leistenrevision vom 18. Februar 1997 sei es zu einem beschwerdefreien Intervall gekommen (S. 4 Ziff. 2) beziehungsweise sei der Beschwerdeführer für mindestens 5 Jahre beschwerdefrei gewesen, was gegen einen signifikanten Vorzustand im Inguinalbereich spreche (S. 5 Ziff. 6). Die klinischen Befunde sprächen für ein Impingement der rechten Hüfte im Sinne einer signifikanten Traumatisierung derselben und deuteten auf eine Läsion des Labrumkomplexes der rechten Hüfte hin (S. 4 Ziff. 2).

Eine Hüftinfiltration rechts habe eine klar dokumentierte Schmerzlinderung gebracht, was eindeutig für eine intraartikuläre Hüftpathologie im Sinne einer Labrum-Pathologie und für ein Pincer-Impingement spreche. Die anamnestischen Angaben (axiales Stosstrauma vom 10. Oktober 2004), die subjektiven aktuellen Beschwerden, die klinischen Befunde und die MR-tomographischen Befunde korrelierten (S. 5 Ziff. 7).

3.6. Am 16. August 2007 erstattete Dr. med. H. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine ärztliche Beurteilung anhand der Akten (Urk. 10/I/83/5).

Dr. H. ____ führte aus, ein Sprung aus 1 m Höhe dürfte prinzipiell noch als physiologisch gelten, etwas Unfallmässiges sei dabei nicht zu erkennen (S. 1).

Sodann referierte er die in den vorstehend genannten Beurteilungen (Erw. 3.4) berichteten Befunde, insbesondere die immer wieder unterschiedliche Lokalisierung der angegebenen Beschwerden (S. 1 ff.).

Bei einem Sprung aus 1 m Höhe mit Abfedern sei eine inguinale Verletzung ausgeschlossen, da sämtliche im Körper vorne, im Bereich der Beugung liegenden Strukturen entlastet würden; es sei somit ausgeschlossen, dass es zu irgendeiner Dehnung oder Zerrung kommen könnte. Damit scheidet eine traumatische Pathologie irgendwelcher Art im Bereich der rechten Leiste vollkommen aus. Ein axiales Stosstrauma, von dem Prof. A. ____ spreche, würde vorliegen, wenn der Beschwerdeführer auf die gestreckten Beine gesprungen wäre, nicht jedoch bei Abfedern des Sprunges (S. 3 unten).

Beim Pincer Impingement handle es sich um eine anatomische Variante des Hüftgelenks im Sinne einer etwas vertieften Hüftpfanne mit einem über den Hüftkopf hinausreichenden vergrösserten Rand (Labrum), der in einer solchen Konstitution maximalen Bewegungen durch den Schenkelhals lädiert werden könnte. Zwischen dem möglichen Läsionsort des vorderen Labrumkomplexes ventral am Hüftgelenk und der Insertion der Adduktoren liegen mindestens 5 bis 8 cm Distanz; subjektiv im Bereich der Adduktorenursprünge verspürte Schmerzen könnten also nicht vom Hüftgelenk stammen und umgekehrt (S. 4 oben).

Die anatomische Lokalisation der Beschwerden sei so unklar beziehungsweise inkonsistent wie die bislang gestellten Diagnosen. Eine Zerrung der Adduktorenursprünge durch eine starke Hüft- und Kniebeugung, wie sie nötig sei, um einen Sprung abzufedern, sei unmöglich, eine Läsion des Hüftlabrumkomplexes wäre denkbar, die Beschwerden seien aber bis zur Untersuchung durch Prof. A. ____ nie dort vorhanden gewesen. Es sei sehr wahrscheinlich, dass dem Beschwerdeführer im Alter von nun doch 58 Jahren diese anatomische Konstellation zu schaffen mache (S. 4 Mitte).

Mit grösster Wahrscheinlichkeit habe nie eine Verletzung stattgefunden, die als Diagnose einer unfallähnlichen Körperschädigung eingereicht werden könnte. Die aktuellen Beschwerden seien mit hoher Wahrscheinlichkeit als Pincer-Impingement im Sinne einer Coxarthrose zu interpretieren (S. 4 unten).

E. 4

4.1. Beim Vergleich der verschiedenen ärztlichen Berichte über die Untersuchungen des Beschwerdeführers springt ins Auge, dass die von ihm angegebenen Beschwerden immer wieder unterschiedlich lokalisiert waren. Diesbezüglich sind die Darlegungen von Dr. H. ____ ausgesprochen überzeugend und sehr gut abgestützt. Dazu kontrastiert das Gutachten von Prof. A. ____, der zwar angab, ebenfalls Akten berücksichtigt zu haben, auf diese jedoch nur ganz vereinzelt Bezug nahm und

insbesondere auf die genannten Diskrepanzen mit keinem Wort eingegangen ist.

4.2 Von besonderem Gewicht ist sodann der folgende Umstand: Prof. A. ___ kam aufgrund seiner Untersuchungen zum Schluss, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien Ausdruck einer intraartikulären Hüftpathologie, also einer Abweichung vom gesunden Normalzustand im Hüftgelenk .

Einen kausalen Zusammenhang zwischen dieser Pathologie des Hüft- Gelenks mit dem Ereignis vom 10. Oktober 2004 konnte er nur herstellen, indem er annahm, es sei bei dem Vorfall zu einem axialen Stosstrauma gekommen, was nichts anderes bedeutet, als dass der Beschwerdeführer am Ende des Sprungs mit durchgestreckten Beinen hätte gelandet sein müssen. Dafür gibt es einerseits in den echtzeitlichen Dokumenten keinerlei Anhaltspunkte und dagegen spricht andererseits auch die Erfahrungstatsache, dass bei einem Sprung die reflexartige Reaktion bei der Landung darin besteht, dass diese abgefedert wird, indem man in die Knie geht. Dies dürfte umso mehr gelten, wenn ein Sprung ohne grosse Überlegung getätigt wird, also genau im Zusammenhang mit der Spontanreaktion und der zeitlichen Stress-Situation, wie sie der Beschwerdeführer selber geschildert hat.

Es spricht alles dafür, dass der Beschwerdeführer bei seinem reflexartig ausgeführten Sprung ebenso reflexartig die Landung abgefedert hat; hätte er dies - aus allerdings erklärungsbedürftigen Gründen - nicht getan, wäre dies in den Beschreibungen des Ereignisses erwähnt worden. Dies wurde es nicht, sondern Prof. A. ___ hat es - etwas völlig Unphysiologisches und Unplausibles - Jahre später ohne jegliche Erläuterung angenommen und vorausgesetzt. Die von ihm solchermassen postulierte Unfallkausalität der von ihm erhobenen Befunde vermag deshalb klarerweise nicht zu überzeugen.

4.3 Die Beurteilung durch Prof. A. ___ weist noch einen weiteren, wenn auch untergeordneten, Mangel aus. Er begründete seine These unter anderem und an entscheidender Stelle damit, dass die Schmerzlokalisierung durch den Beschwerdeführer repetierbar genau an der gleichen Stelle erfolgt sei. Meinte er damit, dass die Angaben des Beschwerdeführers im Verlaufe seiner Untersuchung konstant geblieben seien, wäre die Feststellung trivial, darf man doch erwarten, dass Angaben selbst dann, wenn sie im Zeitverlauf variiert haben (auch wenn dies Prof. A. ___ bekanntlich nicht thematisiert hat), im Verlauf ein und derselben Untersuchung konstant bleiben. Meinte er damit, der Beschwerdeführer habe 2007 Beschwerden am gleichen Ort wie 2004 angegeben, so wäre dies keine objektivierte und durch entsprechende Akten gestützte Feststellung, sondern schlicht die Auskunft des Beschwerdeführers und auch insofern ohne gutachterlichen Wert.

4.4 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das vom Beschwerdeführer eingeholte Gutachten von Prof. A. ___ aus den genannten Gründen nicht zu überzeugen vermag, während die Beurteilung durch Dr. H. ___ durchweg als nachvollziehbar und schlüssig begründet zu bezeichnen ist.

Dementsprechend besteht nach erfolgter Beweiswürdigung keine Veranlassung zu weiteren Abklärungen, sondern es sind die Schlussfolgerungen von Dr. H. ___ zu übernehmen, wonach die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden jedenfalls im Zeitpunkt der Leistungseinstellung aus medizinischer Sicht nicht mit dem Vorfall vom 10. Oktober 2004 in Verbindung zu bringen sind.

Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Gehring

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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.