

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00175 vom 17. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00175

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00175 du 17 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00175 del 17 febbraio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Mobilien zu Recht per 30. September 2007 sämtliche Leistungen aus dem Unfall vom 20. Januar 2004 eingestellt hat. Fraglich ist insbesondere, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest noch eine Teilursache (vgl. dazu BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) der im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende September 2007 geklagten Symptomatik darstellt oder ob konkurrierende Faktoren - insbesondere degenerative Veränderungen - eine derart dominante Stellung einnehmen, dass dem versicherten Ereignis keine tatsächliche kausale Bedeutung mehr beigemessen werden kann. Von letzterem geht die verhängende Unfallversicherung - gestützt auf das Gutachten von Dr. I. ___ vom 24. Mai 2007 - aus (vgl. Urk. 2 S. 11).

2.2. Seit dem Unfall vom 20. Januar 2004 leidet die Beschwerdeführerin an Schmerzen im Bereich des linken Daumens, die sich im Verlauf der Behandlung auf die linke Hand, den linken Vorderarm und schliesslich die gesamte linke Extremität ausgedehnt haben, verbunden mit Kraftverlust und Bewegungsstörungen (vgl. Urk. 14/211). Neben der anlässlich des Sturzes vom 20. Januar 2004 erlittenen Luxationsverletzung am linken Daumensattelgelenk sprechen die Dres. K. ___ und G. ___ von einem "schwersten" Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) beziehungsweise von einer schweren Sudeck'schen Algodystrophie (Urk. 14/80, 14/207, 14/258). Bereits Dr. F. ___ hatte Anzeichen von Sudeck festgestellt (Urk. 14/50) und die Ärzte des H. ___ diagnostizierten ebenfalls eine Algodystrophie (Urk. 14/288). Gestützt auf diese ärztlichen Stellungnahmen steht deshalb fest, dass die Beschwerdeführerin an einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom leidet.

2.3. Die abweichende Ansicht von Dr. I. ___, der die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nicht auf eine Sudeckdystrophie sondern auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zurückführt (Urk. 14/313), vermag angesichts der ansonsten - soweit ersichtlich - unbestrittenen Diagnose nicht zu überzeugen. Dies gilt umso mehr, als es sich bei Dr. I. ___ um einen in der Fachrichtung Chirurgie spezialisierten Arzt handelt, der die entsprechende psychiatrische Diagnose allein auf Grund des Aktenstudiums erstellte und dessen Beurteilung bereits aus diesem Grunde nur eingeschränkter Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. dazu BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 f., 130 V 352 E. 2.2.3 S. 353 f., je mit Hinweisen), zumal die übrigen medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung enthalten. Dr. I. ___ kann ebenso wenig gefolgt werden, insoweit er zum Schluss kam, dass bei der Beschwerdeführerin eine bislang oligo- bis asymptotische Daumensattelgelenksarthrose links (sogenannte Rhizarthrose) als Vorzustand vorgelegen

habe, die im Rahmen des Unfallereignisses vorübergehend "aktiviert"/"traumatisiert" worden sei, mit Erreichen des Status quo sine Tage bis wenige Wochen nach dem Sturz auf der Treppe, weshalb die Unfallfolgen in Ermangelung von Brückensymptomen zwischen dem Unfallereignis vom 20. Januar 2004 und der erneuten Konsultation aufgrund von Daumenbeschwerden links am 31. August 2004, spätestens per Mitte/Ende Februar 2004 (Erreichen des Status quo sine) zu terminieren seien und in Bezug auf die Konsultation vom 31. August 2004 die Rückfallkausalität zu verneinen sei, da von spontanen Manifestationen der unfallfremden Rhizarthrose ausgegangen werden müsse, mithin von Beschwerden, die sich unabhängig vom Unfallereignis in gleicher Weise manifestiert haben dürften (Urk. 14/313 ff.).

2.4.4 Als Grundlage zur Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den ab Oktober 2007 anhaltenden Beschwerden und dem Unfall im Januar 2004 ist vielmehr das ausführliche Gutachten des Dr. G. ___ vom 29. Mai 2006 herbei zu ziehen. Auf die Frage nach der Wahrscheinlichkeit einer im Rahmen des Unfallereignisses erlittenen Primärverletzung antwortete Dr. G. ___, das Röntgenbild vom 4. Februar 2004 zeige an der linken Daumenbasis keine eindeutige Pathologie, eine sehr diskrete und umschriebene Konsolenbildung am Os trapezium beziehungsweise eine Zystenbildung an der Basis des Metacarpale I sei aber sichtbar. Es sei also nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin bereits zum Zeitpunkt ihrer Verletzung geringe degenerative Gelenksveränderungen an ihrem Sattelgelenk aufgewiesen habe. Aufgrund der weiteren Entwicklung sei aber davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen ihres Sturzes eine Kapselbandruptur an ihrem Sattelgelenk erlitten habe im Sinne einer Luxationsverletzung. Die radiologisch sichtbare Dislokation trete aber oft erst unter weiterer Belastung des Daumens auf, sei also initial auf dem Röntgenbild nicht zu erkennen. Das im August - also sechs Monate später - wiederholte Röntgenbild zeige dann sehr eindrücklich die in der Zwischenzeit eingetretene Destabilisierung und Dislokation des Gelenkes. Es müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass die beim Unfall erlittene Bandruptur bezüglich der weiteren Negativentwicklung ganz im Vordergrund gestanden habe (Urk. 14/206). Zur Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der später operierten Rhizarthrose hielt Dr. G. ___ fest, es bestehe kein Zweifel, dass das massive Trauma eine Instabilität an der Daumenbasis verursacht habe. Minimale vorbestehende, aber asymptotische Gelenksveränderungen seien möglich. Diesen geringfügigen, nur möglicherweise vorbestehenden Veränderungen am Daumensattelgelenk komme nur theoretische Bedeutung zu. Zusammenfassend führte Dr. G. ___ aus, dass kein Zweifel über den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis mit der intermetacarpalen Bandruptur, der Destabilisierung des Daumensattelgelenks und des damit verbundenen sekundären Knorpel- und Gelenksschadens mit weiterer Subluxation des Gelenkes bestehe. Nachdem zum Zeitpunkt der Operation gemäss Operationsrapport ein ausgedehnter Gelenksschaden bestanden habe, habe es keine andere Möglichkeit mehr gegeben, als das Gelenk mittels Epping-Arthroplastik zu versorgen. Diese Operation sei auch der Standardeingriff für die auf krankhafter Basis entstandene Rhizarthrose. Es gebe Anhaltspunkte dafür, dass sich seit Anfang 2005 nebst einer schmerzhaft gestörten Gelenkmechanik auch eine lokale Dystrophie im Sinne einer beginnenden Sudeck'schen Krankheit entwickelt habe (Urk. 14/202 f.). Danach gefragt, ob sich die Beschwerden durch somatische Vorgänge im engeren Sinne ohne Weiteres vollumfänglich erklären liessen (z.B. im Rahmen einer Algodystrophie), oder ob es sich ganz oder teilweise um

somatisch nicht erklärbare Beschwerden (z.B. eine somatoforme Störung o.Ä.) handle, legte Dr. G. ___ dar, dass nach dem beziehungsweise durch den Eingriff eine Negativentwicklung eingetreten sei, die man als komplexes regionales Schmerzsyndrom bezeichnen könnte, beziehungsweise als schwere Sudeck'sche Algodystrophie. Damit hätten sich das lokale Schmerzgeschehen und die Funktionsstörung der Daumenbasis auf den gesamten linken Arm ausgedehnt und diesen bis zum heutigen Zeitpunkt weitgehend invalidisiert. Die heute vorliegenden Beschwerden und Funktionsstörungen liessen sich ohne Weiteres vollständig mit den pathologischen Befunden am ganzen Arm zur Deckung bringen. Jedes Trauma, aber auch jede Operation im Bereiche der oberen Extremität könnte im ungünstlichen Falle zu einer solchen fatalen Komplikation Anlass geben. Die Inzidenz sei in dem hier vorliegende Ausmass sehr selten. Was für Faktoren wirksam seien, sei im Einzelfall zu prüfen. In der Regel handle es sich um ein multifaktorielles Geschehen. Ob und inwieweit die postoperative Gipsfixation des linken Handgelenks eine Rolle in dieser Entwicklung gespielt habe, bleibe weiter unten zu erläutern. Zusammenfassend könnten die heute geltend gemachten Beschwerden, Funktionsstörungen und Schmerzen klar und eindeutig auf das Unfallgeschehen und seine Folgen zurückgeführt werden (Urk. 14/201).

2.5.5 Das Gutachten des Dr. G. ___ vom 29. Mai 2006 beruht auf einer eingehenden Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in seiner Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist - entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin - insbesondere auch betreffend die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs schlüssig, weshalb darauf abgestellt werden kann. Im Übrigen war bereits Dr. D. ___ in seinem Gutachten vom 9. Mai 2005 zum Schluss gekommen, es sei überwiegend wahrscheinlich (über 50 %), dass die geklagten Beschwerden sowie die geplante Operation im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. Januar 2004 ständen. Er hatte dargelegt, dass das MRI eine massive Destruktion im Daumensattelgelenk links mit Subluxationen dokumentiere. Die Skelettszintigraphie zeige auf der einen Seite (in der Beurteilung links, im Befund wahrscheinlich fälschlicherweise rechts) eine massive Mehranreicherung im Bereich des Sattelgelenkes. Ansonsten werde die Aktivitätsverteilung weitgehend als unauffällig beurteilt, so dass auf der linken verunfallten Seite keine Rhizarthrose als krankhafter Vorzustand bestanden habe. Rhizarthrosen seien meistens beidseitig und fast symmetrisch, die rechte Seite sei aber rhizarthrosefrei. Unfall, klinische Brückensymptome und objektive Befunde (MRI, Skelettszintigraphie) wiesen auf ein Unfallgeschehen hin (Urk. 14/34 ff.). Der Bericht des H. ___ vom 6. März 2007 ging ebenfalls davon aus, dass die chronischen linksseitige Handgelenksschmerzen auf den Unfall vom Winter 2004 zurückzuführen seien, wobei es zu einer konsekutiven schmerzhaften Subluxation im Daumensattelgelenk mit einer raschen Arthroseentwicklung und zum Auftreten einer Symptomatik gekommen sei, die einer Algodystrophie entsprechen könnte (Urk. 14/288 f.). Gegenteilige Auffassungen sind - abgesehen vom Aktengutachten des Dr. I. ___ - nicht vorhanden. Dessen Ausführungen vermögen jedoch die eindeutige und überzeugende medizinische Sachverhaltsdarstellung durch Dr. G. ___ nicht zu entkräften, zumal keine unfallfremden Ursachen erkennbar sind, die ab Oktober 2007 für das gesamte Beschwerdebild allein verantwortlich zeichnen, was jedoch Voraussetzung für eine Einstellung der Versicherungsleistungen der Beschwerdeführerin bildete. Gestützt auf die vorhandenen Akten konnte deshalb ein organischer beziehungsweise körperlicher Gesundheitsschaden für den Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung nicht mit dem

erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden.

2.6. Soweit die Beschwerdegegnerin dafür hält, dass der medizinische Sachverhalt noch weiter abklärungsbedürftig gewesen wäre und nur eine ausführliche multidisziplinäre Begutachtung ein zuverlässiges Resultat hätte liefern können (vgl. Urk. 1 S. 9), kann ihr nicht gefolgt werden. Zwar statuiert Art. 43 Abs. 1 ATSG die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es grundsätzlich im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Die medizinische Begutachtung liegt jedoch nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese haben sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung gehören. Insbesondere beinhalten die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt. Der versicherten Person steht diese Möglichkeit ebenfalls nicht offen. Es geht hier namentlich nicht darum, die Tunlichkeit einer medizinischen Massnahme mittels Einholung einer Zweitmeinung zu hinterfragen, sondern darum, in welchem Umfang und in welcher Tiefe Abklärungen vorzunehmen sind, damit der rechtserhebliche Sachverhalt als mit dem massgebenden Beweisgrad erstellt gelten kann (Kieser, ATSG-Kommentar, Rz 11 zu Art. 43). Dabei ergibt sich die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007, U 571/06, Erw. 4.1 f.). Die vorhandenen ärztlichen Stellungnahmen - insbesondere die Gutachten der Dres. D. ___ (vom 9. Mai 2005) und G. ___ (vom 29. Mai 2006) sowie der Bericht des H. ___ (vom 6. März 2007) - beantworten die sich vorliegend stellenden Fragen umfassend und beruhen auf den erforderlichen allseitigen Abklärungen, sie geben die geklagten Beschwerden wieder und setzen sich damit auseinander; sie sind in Kenntnis der und - wo nötig - in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge ein; schliesslich sind die Schlussfolgerungen der genannten medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die Rechtsanwender sie kritisch nachvollziehen können. Damit erfüllen sie die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den vollen Beweiswert (BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352; vgl. Erw. 1.4 hiervor). Unter diesen Umständen erübrigte sich die Anordnung einer weiteren interdisziplinären Begutachtung.

E. 3

3.1. Litt die Beschwerdeführerin über Ende September 2007 hinaus an unfallkausalen Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit, bleibt zu prüfen, ob diese Beschwerden ab 1. Oktober 2007 weiterhin behandlungsbedürftig waren und eine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hatten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ergibt sich die Antwort auf die Frage, wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen hat, aus Art. 19 UVG (BGE 134 V 109 Erw. 3.2 S. 113 und Erw. 4 S. 113 ff.). Der Unfallversicherer hat demnach die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 Erw. 4.1 S. 113 f.). Was unter namhafter Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, ist dies nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, zu bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

3.2.2.2 Im Zeitpunkt der am 21. September 2007 verfertigten Leistungseinstellung auf Ende September 2007 hin stand keine ärztliche Behandlung mehr zur Diskussion, von welcher eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können. Ein solcher Schluss lässt sich jedenfalls allein gestützt auf den Vorschlag von Frau Dr. K. ____, eine multidisziplinäre Behandlung durchzuführen (vgl. Urk. 14/372.1 S. 2 oben), nicht rechtfertigen, zumal auch sie im Bericht vom 3. Dezember 2007 einräumt, eine "spektakuläre" Verbesserung der Funktionsfähigkeit sei sicher nicht zu erwarten. Bereits Dr. F. ____, hatte am 7. November 2005 berichtet, dass das Resultat einer knapp einmonatigen stationären Behandlung - abgesehen von einer besseren Beweglichkeit in den Langfingern -, was den Daumen anbetraf, sehr unbefriedigend gewesen war. Obwohl alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft worden seien, sei der Erfolg in jeder Hinsicht sehr bescheiden gewesen (Urk. 14/52 f.) Nach der von Dr. G. ____ im Gutachten vom 29. Mai 2006 geäusserten Ansicht, konnte sich die Beschwerdeführerin höchstens noch geringfügige Verbesserungen erhoffen. Er betonte denn auch, es sei wichtig, dass sie sich mittelfristig darüber im Klaren werde, dass der Zustand des linken Armes zu akzeptieren sei und dass weitere Behandlungsversuche nur neue Hoffnungen wecken, aber keine effektiven Verbesserungen mehr erbringen würden (Urk. 14/199). Auch im Bericht des H. ____ vom 6. März 2007 wurde festgehalten, dass die therapeutischen Möglichkeiten bezüglich der linken Hand ziemlich limitiert seien. Die empfohlenen medizinischen und therapeutischen Massnahmen sollten zu einer Erhaltung des aktuellen Zustandsbildes beitragen. Dass daraus jedoch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit resultiere, sei nicht wahrscheinlich (Urk. 14/287 f.). Unter diesen Voraussetzungen ist, nachdem sich die Beschwerdeführerin seit ihrem Unfall verschiedensten - auch stationären - Behandlungen unterzogen hat, welche keine wesentlichen Erfolge zeitigten, in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162) auch von den von Dr. K. ____ vorgeschlagenen Massnahmen keine im Sinne des Gesetzes namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. Einem Fallabschluss mit Einstellung der bisher gewährten Leistungen per Ende September 2007 stand unter diesen Umständen nichts entgegen. Daran ändert auch das neu aufgelegte Gutachten des J. ____ vom 20. November 2009 (Urk. 31) nichts. Zum - medizinisch genägend umfassend dokumentierten - rechtserheblichen Sachverhalt, wie er sich bis zum die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Erlass des Einspracheentscheids vom 16. April 2008 zugetragen hat (BGE 129 V 167 E. 1 S. 169 mit Hinweis auf 121 V 362 E. 1b S. 366), enthält dieses keine neuen

Vertreter 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.