

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00197 vom 6. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00197 du 6 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00197 del 6 luglio 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

1.2 Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 44 Erw. 2c).

1.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE

Belastung ohne eigentliche Giving way-Episoden und ohne Schwellungszustände. Bei klinisch reizlosen Narben ohne Erguss und leichter Quadrizepsatrophie, medialen und lateraler Stabilität in Streckstellung, sattem Anschlag des Lachmanns (mit vermehrtem Spiel), dorsal deutlich sattem Anschlag und positivem Zohlenzeichen erachtete er die angegebenen Beschwerden aufgrund der nicht ganz unerheblichen Restinstabilität als glaubhaft. Insbesondere weise das Zohlenzeichen auf eine Chondropathia patellae hin, was einen Teil der Beschwerden erklären könnte. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab 12. Februar 2007 (gemäss SUVA-Zeugnis).

2.3 Dr. G. von der H. ersah auf den MRI-Bildern vom 5. Juni 2007 (von der Uniklinik C.) eine Irritation sowie ein leichtes Riss des vorderen Kreuzbandes bei etwas tief gelegenem femuralem Bohrkanal mit Zustand nach medialer Teilmeniskektomie sowie leichter Narbenbildung im Hoffa (vgl. MRI-Bericht vom 21. Januar 2008 betreffend Untersuchung vom 5. Juni 2007, Urk. 11/94). Er sah keine Indikation für einen operativen Eingriff und beurteilte die geklagten Schmerzen als glaubhaft (Dauerschmerzen im linken Kniegelenk, sich verschlechternd durch Belastung). Er empfahl die Weiterführung der Physiotherapie - allenfalls unter konsequenter antiphlogistisch analgetischer Therapie, womit sich eine bessere Stabilisationsfähigkeit des Kniegelenkes einstellen könnte. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

2.4 Kreisarzt Dr. I. berichtete am 21. Februar 2008 (Urk. 11/102) über die Untersuchung vom 19. Februar 2008 und verwies auf den protrahierten Verlauf bei Schmerzangabe, aber klinisch wenig eindrücklichen Befunden und regelrechtem bildgebendem Untersuchungsergebnis, insbesondere ohne Reizzustand oder wesentliche Bandinsuffizienz. Er erwähnte ein praktisch hinkfreies Gangbild mit nur leichter Muskelatrophie am Oberschenkel (2-4 cm). Er führte aus, die Fussbeschleunigung und die Sohlenabnutzung an den Schuhen seien symmetrisch, was eindeutig der angegebenen Belastungsintoleranz des linken Beines widerspreche. Der Beschwerdeführer sei mit einem Amerikanerstock gekommen, obwohl dies in den Unterlagen nirgends festgehalten werde und aufgrund des Gangbildes nicht notwendig sei. Auf entsprechende Nachfrage sei es zu einem verbalen Zusammengefallen gekommen. Am Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer sodann argumentativ versucht, den Untersucher für seine Beschwerdesituation zu gewinnen, perseverierend, mit stechendem Blick (S. 4).

Dr. I. erkannte keinen wesentlichen Restschaden und hielt fest, die angegebene Schmerzsituation könnte weder klinisch noch bildgebend auf entsprechende pathologisch-anatomische Strukturen zurückgeführt werden und sei nicht nachvollziehbar. Dass nach dieser Knieverletzung eine gewisse Belastungsintoleranz und Schmerzsituation vorliegen könnte, sei selbstverständlich und werde in allen Berichten honoriert. Aber die angegebenen exquisiten einschränkenden Schmerzen seien medizinisch nicht einzuordnen. Der Beschwerdeführer perseveriere von einem neuen operativen Eingriff, obwohl ihm von verschiedenen Fachärzten bestärkt worden sei, dass ein solcher keine Verbesserung der Situation bringen werde, weil keine pathologische Situation vorliege (S. 4 f.).

Der Kreisarzt attestierte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit einzelnen Zusatzbelastungen statisch bis 20 kg und kurzstreckig bis 15-20 kg, mit nicht ausschliesslicher axialer Belastung beim Stehen. Als nicht zumutbar befand er Zwangshaltungen für das linke Bein, kraftvolle Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, ausschliessliches Gehen auf unebenem

Untergrund oder Treppensteigen, kraftvolle Schläge, schwere Arbeiten wie Pickeln, Schaufeln, Bohren, Vibrationen (S. 5).

Zu den angegebenen, nicht genauer beschriebenen Rückenschmerzen hielt Dr. I. ___ fest, solche hätten nicht erkannt werden können. Der Beschwerdeführer habe sich im Bereich der Wirbelsäule geschmeidig, problemlos, uneingeschränkt bewegen können. Bücken, Aufrichten, Treppensteigen sei ohne Probleme möglich gewesen. Im übrigen lägen keine Unfallfolgen an der Wirbelsäule vor (S. 6).

Die Ärzte der Uniklinik C. ___ berichteten am 13. Mai 2008 (Urk. 11/109) von nach wie vor geklagten persistierenden Schmerzen im linken Knie, verstärkt bei Belastung, jedoch auch in Ruhe beim Sitzen bestehend. Einzig im Liegen mit gestrecktem Bein sei der Beschwerdeführer schmerzfrei. Insgesamt sei die Schmerzsymptomatik im Vergleich zu den Voruntersuchungen unverändert. Weiterhin werde die Schmerzmedikation unregelmäßig eingenommen, die Physiotherapie sei mittlerweile sistiert, ein Instabilitätsgefühl bzw. Giving way-Episoden würden verneint.

Die Ärzte schilderten ein vorsichtiges, hinkfreies Gangbild ohne inspektorische Auffälligkeit (keine Rötung, keine Schwellung, keine Überwärmung, kein intraartikulärer Erguss, leichte Oberschenkelatrophie, unauffällige Patella-Verschieblichkeit, kein Kompressions- oder Verschiebeschmerz, negative Meniskus-Zeichen, stabiler medialer und lateraler Bandapparat, deutlicher Anschlag im Lachmann-Test, jedoch leicht elongiert zur Gegenseite, stabiles hinteres Kreuzband, keine Druckdolenz auch über den Arthroskopieportalen).

Die Ärzte erwähnten den Wunsch des Beschwerdeführers nach einer erneuten Operation, welche sie aufgrund des klinischen Befundes sowie der schon bis anhin erfolgten Diagnostik nicht anbieten konnten. Im Gegenteil könne die Schmerzsymptomatik nach wiederholten Eingriffen zunehmend sein. Sie erachteten eine Arbeitstätigkeit in einer kniebelastenden Tätigkeiten (wie auf unebenem Untergrund, Treppensteigen, kniende Tätigkeiten) nicht möglich, attestierten indes für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit.

Dr. J. ___ bezeichnete den Beschwerdeführer am 16. Mai 2008 (Urk. 11/110) als glaubhaft leidend mit einem Hang zur fordernden Theatralik und speziell bei der ausufernden Diskussion um die Arbeitsfähigkeit übertrieben wirkendem flehendem Hinweis auf seine vier, teilweise allerdings erwachsenen Kinder. Er berichtete von einem nicht konsistent reproduzierbaren Schonhinken links, wobei das Kniegelenk selber keine Ergussbildung zeige mit freier Beweglichkeit und einem positiven Patellaverschiebeschmerz, der sich jedoch ausdrücklich von seinen brennenden Missempfindungen unterscheide. Abgesehen von einer leichten vorderen Schublade beständen keine Bandinstabilitäten und negative Meniskuszeichen, die Quadrizepsmuskulatur zeige im Vergleich zur Gegenseite eine leichte Atrophie mit einer Umfangsdifferenz von 2 cm, wohl im Rahmen der schmerzbedingten relativen Schonung.

Der Arzt fand keine strukturelle Erklärung für die Beschwerden und vermutete angesichts der Chronizität sowie des Ausmaßes der Invalidisierung eine somatoforme Schmerzstörung. Dabei beständen beim Beschwerdeführer fixierte und teilweise absurde Vorstellungen über die Schmerzursache und darüber, wie sie behandelt werden müssten, wovon er sich auch in keiner Art und Weise abbringen lasse.

So sei er überzeugt, dass die Schmerzen durch den "fehlenden Meniskus" bedingt seien, wodurch "Knochen auf Knochen reibe". Die Folgerung sei, "dass ein Meniskusersatz aus Silikon implantiert werden müsste".

Dr. J. sah keine Möglichkeit, um dem Beschwerdeführer zu helfen unter Hinweis auf seine fixierte Vorstellung einer operativen Lösung, und hielt fest, genau daran dürften wohl auch medikamentöse analgetische oder zentral den Schmerz modulierende Behandlungsansätze scheitern. Er ging von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus mit einer mittelfristigen Steigerung auf eine vollumfängliche.

E. 3

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall zweimalig operiert werden musste (Teilmenisektomie des Meniskus am 14. Dezember 2005 und Kreuzbandrekonstruktion am 15. September 2006, Urk. 11/5 und Urk. 11/21). Im weiteren Verlauf zeigte sich bei noch schmerzhafter Kniebeweglichkeit ein unauffälliger ossärer Status, weshalb ab November 2006 die Vollbelastung des Knies empfohlen wurde (Urk. 11/25).

3.2 Dr. D. ging in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2007 (Urk. 11/46) - bei geklagten Schmerzen - von einem klinisch grundsätzlich unauffälligen Befund aus. So waren der Spitzen-, Fersen- und Kauergang möglich, lagen reizlose Narben vor und bestand lediglich eine diskrete Ergussbildung. Sodann extendierten beide Knie voll mit leichter Einschränkung links in Flexion. Unter Berücksichtigung der durchgeführten medialen Menisektomie links erschienen die Kollateralbänder sodann als symmetrisch stabil, wenn auch eher etwas lax. In diesem Sinne wurde der Befund als zeitgerecht beurteilt, insbesondere bei günstiger Beweglichkeit und Stabilität. Sodann bestand keine erhebliche femoropatellare Schmerzsymptomatik.

Bei sonstigem Fehlen von Anhaltspunkten für eine entsprechende Pathologie ist es damit ohne Weiteres nachvollziehbar, wenn Dr. D. eine 50%ige und nach vier bis sechs Wochen eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit ohne Schwerstarbeiten und unter Ausschluss von Arbeiten in unwegsamem Gelände oder in gefährdender Arbeitsposition attestierte.

E. 3.3

3.3.1 Die teilweise abweichenden Einschätzungen der Uniklinik C. stützen sich auf die im Wesentlichen identischen Erhebungen. Anlässlich der am 12. Dezember 2006 (Bericht vom 22. Dezember 2006, Urk. 11/42) erfolgten Untersuchung waren keine relevanten Befunde zu ersehen und wurde explizit von einem guten Resultat für die Rekonstruktion des Kreuzbandes gesprochen. Dass dabei die Umschulung auf eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit empfohlen wurde, ist insofern irrelevant, als die letzte innegehabte Stelle des Beschwerdeführers ja befristet war, er (in der Schweiz) keine berufliche Ausbildung absolviert hat und als Hilfsarbeiter an verschiedensten Stellen im Einsatz war (vgl. Lebenslauf, Urk. 11/33-34). Es konnte von ihm deshalb ohne Weiteres erwartet werden, ohne Umschulung auf dem Arbeitsmarkt eine neue, geeignete Stelle zu suchen.

3.3.2 Die Attestierung einer bloss 50%igen Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 19. März 2007 (Urk. 11/56) stützte sich sodann auf die Annahme der Ärzte, es könnte ein femoropatellares Geschehen vorliegen. Der Beschwerdeführer hatte weiterhin

Über Schmerzen geklagt, und die Ärzte hatten - bei guter Beweglichkeit und Stabilität - keine entsprechende pathologische Erklärung finden können.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Folge zeigte die verabreichte Infiltration bloss während eines Tages eine Beschwerdelinderung bei ansonsten unveränderten Beschwerden, welche weiterhin keinem Korrelat zugeordnet werden konnten (Urk. 11/57). Anlässlich der ergänzend durchgeführten MRI-Untersuchung zeigte sich eine leichte vordere Kreuzband Graft-Irritation bei etwas tief gelegenen femoralen Bohrkanal mit etwas vermehrter Narbenbildung im Hoffa-Fettkörper anteromedial (Urk. 11/94). Bei Feststellung eines intakten VKB-Transplantats mit korrekter Platzierung und Ausschluss einer Meniskusläsion sowie eines ausgeprägten retropatellären Knorpelschadens mochten die Ärzte keine Stellung mehr zur Arbeitsfähigkeit nehmen und verwiesen hierzu auf das Unfallversicherungs-Verfahren.

3.3.3 Ä Ä Wenn die Uniklinik C.____ am 30. Juli 2007 (Urk. 11/72) ohne Befundänderung dann wiederum bloss eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, ist dies nicht nachvollziehbar. Unter Hinweis auf das Drängen des Beschwerdeführers auf eine Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit, den aktenkundig gleichen klinischen Befund sowie dem vollständigen Fehlen einer medizinischen Begründung (ausser den subjektiven Schmerzklagen) kann hierauf jedenfalls nicht abgestellt werden.

3.3.4 Ä Ä Auch am 28. September 2007 (Urk. 11/80) und 3. Januar 2008 (Urk. 11/91) wurde ein pathologisches Korrelat für die Schmerzen ausgeschlossen und keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit genommen. Am 13. Mai 2008 (Urk. 11/109) bestätigten die Ärzte der Uniklinik C.____ sodann - bei stationärem Verlauf - eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit.

3.3.5 Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass die Attestierung einer bloss 50%igen Arbeitsfähigkeit im unzutreffenden Verdacht auf das Vorliegen einer Pathologie sowie im Drängen des Beschwerdeführers und jedenfalls nicht in einer nachvollziehbaren Darlegung der medizinischen Umstände begründet war. Nachdem sich gezeigt hatte, dass keine Pathologie vorliegt und auch keine operativen Massnahmen mehr in Frage kommen, bestätigte auch die Uniklinik C.____ eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Da sich in dieser ganzen Zeitspanne keine Änderungen in der Klinik ergaben, kann demgemäss ohne Weiteres auf das Vorliegen einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit bereits von Beginn weg geschlossen werden.

3.4 Ä Ä Ä Die Attestierung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ vom Spital F.____ am 5. September 2007 (Urk. 11/78) überzeugt ebenfalls nicht. So schilderte er bloss Schmerzen nach längerem Gehen und beim Joggen sowie einen "Klick" bei maximaler Extension unter Belastung ohne eigentliche Giving way-Episoden und ohne Schwellungszustände. Auch er konnte keine Pathologie schildern und verwies zur Hauptsache auf den Verdacht auf eine Chondropathia patellae, was indes nicht bestätigt wurde.

3.5 Ä Ä Ä Bei Fehlen einer Pathologie ist auch die Einschätzung des Dr. G.____ von der H.____ vom 2. Januar 2008 (Urk. 11/89) nicht nachvollziehbar. So standen ihm offensichtlich die medizinischen Akten der Beschwerdegegnerin nicht zur Verfügung und stützte er sich einzig auf das geklagte Schmerzempfinden des Beschwerdeführers ab, was für die Annahme einer objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit nicht ausreicht.

3.6. In diesem Sinn bestätigte Kreisarzt Dr. I. ___ am 21. Februar 2008 (Urk. 11/102) eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit und verwies ergänzend auf das appellative Verhalten des Beschwerdeführers. Namentlich konnte er keinen wesentlichen Restschaden erkennen und schloss eine pathologisch-anatomische Struktur für die angegebene Schmerzsituation aus. Für eine gewisse Belastungsintoleranz und eine gewisse Schmerzsituation zeigte er durchaus Verständnis, folgte hieraus aber nicht auf eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit.

3.7. Auch der im Februar 2008 erneut beigezogene Dr. B. ___, welcher die erste Operation durchgeführt hatte, konnte mit Bericht vom 31. März 2008 (Urk. 11/106) keine neuen Aspekte feststellen und machte Vorbehalte zur Einstellung des Beschwerdeführers.

3.8. Was die Einschätzung von Dr. J. ___ vom 16. Mai 2008 (Urk. 11/110) anbetrifft, so fühlt auf, dass auch er kein organisches Substrat für die geklagten Schmerzen finden konnte, indes den Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung äusserte. In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass er mit der Quantifizierung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit vom gesamten Schmerzerleben des Beschwerdeführers ausging und sich nicht auf die objektivierbaren Befunde stützte. Auch er unterliess es indes nicht, längerfristig eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit zu attestieren.

3.9. Damit steht fest, dass wohl verschiedene Ärzte (zwischenzeitlich) eine bloss 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert haben, dies aber lediglich mit (nicht bestätigten) pathologischen Verdachten, dem Schmerzklagen des Beschwerdeführers und seines Druckes hinsichtlich eines entsprechenden Attestes begründeten. Eine derartige Argumentation wird den Anforderungen an die Beweistauglichkeit von medizinischen Einschätzungen nicht gerecht. Im Gegensatz dazu legten die beteiligten Kreisärzte der Beschwerdegegnerin den medizinischen Befund eingehend dar und würdigten diesen in nachvollziehbarer Weise. Es ist in der Tat schlüssig, dass der Beschwerdeführer nach (problemloser) Heilphase im Anschluss an die beiden Operationen und einem verschiedentlich als gut bezeichneten objektiven Resultat ab 19. März 2007 wieder vollzeitlich einer Arbeitstätigkeit nachgehen konnte.

E. 4

4.1. Bei diesem Ergebnis bleibt für die Weiterausrichtung von Taggeldern wie auch für weitergehende Leistungen (Rente und Integritätsentschädigung) kein Raum. Sämtlich Ärzte rieten von einer weiteren Operation ab und empfahlen lediglich die Fortführung der Physiotherapie unter der Feststellung, dass sich der Zustand nicht mehr verändert habe. Damit aber ist keine weitere, erfolgsversprechende Heilbehandlung mehr ersichtlich, weshalb der Fall abgeschlossen werden konnte.

4.2. Da der Beschwerdeführer auf dem freien Arbeitsmarkt voll arbeitsfähig ist (mit gewissen Einschränkungen hinsichtlich der Stellenbeschaffenheit), erwächst ihm aus dem Unfall keine Erwerbseinbusse. Und weil er bisher als Hilfsarbeiter (in einer leichteren Arbeit als Chauffeur) tätig war und dies auch weiterhin sein kann, ergibt sich keine Invalidität.

4.3. Anzufügen bleibt, dass die Beschwerdegegnerin nur für kausale Folgen des Unfalls einzustehen hat. Soweit der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leiden sollte (beispielsweise im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung),

