

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00374 vom 29. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00374](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00374)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00374 du 29 mars 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00374 del 29 marzo 2010

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Strittig und zu präzisieren ist zunächst, ob bei Einstellung der Versicherungsleistungen durch die SUVA per 24. Februar 2008 noch unfallkausale, organisch-pathologische Läsionen bestanden.

3.2. Dem Bericht des F. \_\_\_ vom 27. September 2006 ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer je drei Rissquetschwunden an den Fingern III und IV der linken Hand festgestellt wurden, wobei die Röntgenbilder keine Fraktur zeigten (Urk. 10/3). Am 29. November 2006 teilte der Hausarzt Dr. med. A. \_\_\_, der SUVA mit, dass es nach einem missglückten Arbeitsversuch zu einer Beschwerdeexazerbation gekommen sei, wobei die Schmerzen in den Fingern des Beschwerdeführers mittlerweile in den ganzen Arm, den Nacken und die Stirne ausstrahlen würden (Urk. 10/4). In seinem Zwischenbericht vom 29. Dezember 2006 ordnete Dr. A. \_\_\_ die Beschwerden in diagnostischer Hinsicht als CRPS Typ I ein. Nebst den Schmerzen erwähnte er ein Ädem (Urk. 10/12). Im Überweisungsschreiben an die B. \_\_\_ vom 8. Januar 2007 erwähnte Dr. A. \_\_\_ nebst der Diagnose CRPS Typ I zunehmende Schmerzen in der linken Hand mit einem Funktionsverlust sowie ein Schulter-Arm-Syndrom links (Urk. 10/13).

Im Austrittsbericht der B. \_\_\_ vom 9. März 2007 wurde die Diagnose CRPS Typ I der linken Hand bestätigt, und es wurde zusätzlich ein Quadrantenschmerzsyndrom des linken oberen Quadranten mit Tendenz zur Ausdehnung auf die ganze linke Körperhälfte sowie eine Nagelwachstumsstörung des III. Fingers links erwähnt. Probleme des Beschwerdeführers waren damals Dauerschmerzen in der ganzen linken oberen Extremität inklusive Schultergürtel und linker Nacken- und Kopfhälfte mit Ausdehnung auch in die linke untere Körperhälfte, eine Allodynie der linken Hand mit Ausnahme des Daumens, eine massiv eingeschränkte aktive Langfingerbeweglichkeit links, eine Kälteintoleranz der linken Hand, das Hineinwachsen des Fingernagels des III. Fingers links in die Haut ulnarseitig sowie ein nahezu fehlender Einsatz der linken Hand, wobei höchstens der Daumen und der Zeigefinger zu Hilfe genommen wurden. Die klinische Untersuchung ergab bescheidene trophische Veränderungen an der linken Hand im Sinne einer leichten Überwärmung, vermehrter Behaarung, eines marmorierten Kolorits der Handinnenfläche, Hyperhidrosis und Schwellung. An der ganzen linken Körperhälfte fand sich eine veränderte Sensibilität im Sinne einer verstärkten Wahrnehmung von Berührung und Spitzreizung und einer verminderten Wahrnehmung von Kältereizen. Bei Austritt bestand nur noch ein geringes Ädem in der linken Hand, bei hingender Hand war das Kolorit livide. Die Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte liessen sich durch eine Plexusdaueranästhesie reduzieren, wobei sie nach Entfernung des Plexuskatheters nach

Angaben des Beschwerdeführers wieder das frühere Niveau erreichten. Auch bei Austritt war die Funktion der linken, dominanten Hand noch massiv beeinträchtigt bei fast völlig fehlender Handkraft. Sowohl während der Eintritts- als auch während der Austrittsuntersuchung machten die Ärzte die Beobachtung, dass die Beweglichkeit der linksseitigen Finger beziehungsweise der Schulter in der konkreten Testsituation geringer war als in einem späteren Zeitpunkt der Untersuchung, in welchem andere Funktionen geprüft wurden (Urk. 10/22 S. 1 ff. und 6 f.; vgl. auch Urk. 10/23, Urk. 10/24).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der in der B. \_\_\_ festgestellten Nagelwachstumsstörung erfolgte am 30. März 2007 in der C. \_\_\_ eine Nagelteilentfernung mit Nagelwallplastik D 3 links (Urk. 10/29), wobei die Ärzte der C. \_\_\_ am 18. April 2007 diesbezüglich eine sehr schlechte Situation vorfanden. Da der Beschwerdeführer auch subjektiv mit dem Operationsergebnis sehr zufrieden war, wurde ihm bezüglich des Nagels wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (Urk. 10/35). Am 30. April 2007 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, kreisärztlich untersucht. Dr. G. \_\_\_ erhob eine leicht gestörte Trophik der linken Hand mit marmorierter Haut an der ganzen Handinnenfläche. Verglichen mit der rechten Hand ergab sich keine verstärkte Schweißabsonderung. Die Langfinger wurden in fast vollständiger Streckstellung gehalten. Der Beschwerdeführer gab an, dass er die Finger beugen wolle, dass aber nichts passiere. Wegen seiner starken Schmerzangaben war eine genau Prüfung der passiven Beweglichkeit der Hand nicht möglich. Der Beschwerdeführer berichtete auch über Dysästhesien im ganzen Hand- und Fingerbereich. Dr. G. \_\_\_ kam zum Schluss, dass weiterhin ein massives Rehabilitationsdefizit bestehe, wobei sämtliche Strukturen der Hand intakt seien und eigentlich eine normale Funktion bestehen sollte. Es bestehe eine Symptomausweitung, eventuell eine Konversionsneurose. Dr. G. \_\_\_ empfahl einen Wechsel des Ergotherapeuten und die Fortführung der Ergotherapie in der B. \_\_\_, welche vom Beschwerdeführer als wirksam empfunden worden sei. Zusätzlich sei eine psychologische Führung nötig (Urk. 10/33). In einem Verlaufsbericht vom 18. Juli 2007 meldeten die Ärzte der C. \_\_\_, dass sich die Schmerzsituation im Bereich des Mittelfingers massiv gebessert habe und der Beschwerdeführer diesbezüglich sehr zufrieden sei, weshalb die Behandlung des Mittelfingers abgeschlossen werden könne. Auch hinsichtlich der weitgehenden Bewegungseinschränkung der linken Hand zeige die aktuell noch laufende ambulante Ergotherapie in der B. \_\_\_ langsam Erfolge (Urk. 10/43; vgl. auch Urk. 8/34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 6. Dezember 2007 wurde der Beschwerdeführer durch Kreisarzt Dr. E. \_\_\_ untersucht, welcher orthopädischer Chirurg ist. Dabei klagte der Beschwerdeführer über eine unveränderte Beschwerdesituation. Die (auch starke) Palpation der ganzen linken Körperseite, insbesondere auch der Finger der linken Hand, führte beim Beschwerdeführer indes zu keinerlei Schmerzäußerung. Er gab lediglich an, alles etwas anders zu spüren und ein schwammiges Gefühl zu haben. Dr. E. \_\_\_ konnte auch keine Trigger-Punkte finden oder andere Pathologien, wie etwa eine Schwellung, feststellen. Auch fand sich keine passive Funktionseinschränkung der Finger der linken Hand, welche vom Kreisarzt in alle Richtungen bewegt werden konnten. Die Reflexe waren überall seitengleich vorhanden. Dr. E. \_\_\_ gelangte deshalb zur Vermutung, dass sich die Problematik im psychischen Bereich abspiele. Aktuell beständen keine Unfallfolgen mehr. Da die Palpation keinerlei Scherzen ergebe und die Haut sowie die passive Beweglichkeit der Finger völlig normal seien, könne die



Damals bestand einzig noch die nicht objektivierbare aktive Unbeweglichkeit der linken Hand, begleitet von subjektiv geklagten, vom Kreisarzt aber durch Palpation nicht auslösbaren diffusen Schmerzen. Zu berücksichtigen ist sodann, dass der den Beschwerdeführer seit dem 4. September 2007 behandelnde Psychiater Dr. D. \_\_\_ zum einen eine Anpassungsstörung und zum anderen eine Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften und narzisstischen Zügen, welche möglicherweise auf dem Boden einer neurotischen Entwicklungsstörung aufgetreten sei, diagnostizierte. Der Psychiater wies zudem darauf hin, dass im Laufe seiner Behandlung eine Reihe von psychischen Einflussfaktoren hätten eruiert werden können, welche eine nachteilige Wirkung auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes hätten, und deshalb im Rahmen der Behandlung aufgearbeitet werden müssten. Der Beschwerdeführer müsse lernen, im Rahmen der Behandlung seiner Beschwerden selbst mehr Verantwortung zu übernehmen. Ferner schienen schwere Fehlhaltungen im Hinblick auf das Selbstbild und die Entwicklung eigener Handlungsalternativen zu bestehen, welche in einer passiv-aggressiven Haltung resultieren könnten, die einen ungünstigen Einfluss auf den Beschwerdeverlauf ausüben könnten (Urk. 10/59). Mit der Stellungnahme von Dr. D. \_\_\_ wird die bereits früher von Kreisarzt Dr. Gassman sowie vom Hausarzt Dr. A. \_\_\_ geäußerte Vermutung bestätigt, dass die fortbestehenden Beschwerden vor allem psychische Ursachen hatten (Urk. 10/33 S. 2 f., Urk. 10/52).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daher ist es nachvollziehbar, dass Dr. E. \_\_\_ am 6. Dezember 2007 zur Einschätzung gelangte, dass zwischenzeitlich nur noch psychische Beschwerden die Symptomatik unterhielten, und er die zuvor gestellte Diagnose CRPS Typ I - wie auch der Hausarzt Dr. A. \_\_\_ - nicht mehr aufrechterhielt. In seiner Beurteilung liegt auch kein Widerspruch zu den früher berichtenden Ärzten, welche aufgrund der damaligen Befunde noch ein CRPS Typ I diagnostiziert hatten. Keine Rolle spielt sodann, ob der Beschwerdeführer von der Invalidenversicherung Leistungen erhält, da die Invalidenversicherung auch für unfallfremde Gesundheitsschäden aufkommt. Da der Beschwerdeführer bereits mehrmals durch spezialisierte Handchirurgen, nämlich durch die Ärzte der C. \_\_\_ und durch SUVA-Kreisarzt Dr. G. \_\_\_, untersucht worden ist, und Dr. E. \_\_\_ im Rahmen seiner Untersuchung keine Anhaltspunkte für neurologische Auffälligkeiten fand, können auch die beantragten weiteren fachärztlichen handchirurgischen und neurologischen Abklärungen unterbleiben. Es ist ausgewiesen, dass nach der Untersuchung von Dr. E. \_\_\_ vom 6. Dezember 2007 keine objektivierbaren somatischen Befunde mehr bestanden. Die Diagnose CRPS I wurde von ihm daher zu Recht nicht mehr aufrechterhalten.

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Da nach der kreisärztlichen Untersuchung von Dr. E. \_\_\_ vom 6. Dezember 2007 keine organisch-pathologischen Befunde mehr bestanden, welche noch einer Behandlung bedurften, durfte die SUVA prüfen, ob die psychischen Beschwerden in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis standen. Soweit der Beschwerdeführer rät, durch dieses Vorgehen habe die SUVA den Fall zu früh abgeschlossen, kann ihm nicht gefolgt werden, da die zu diesem Zeitpunkt noch behandlungsbedürftigen Beschwerden einzig psychischer Natur waren (vgl. auch Erw. 1.2).

4.2 Ä Ä Ä Ä Die SUVA hat den Unfall vom 27. September 2006 aufgrund des augenfalligen Geschehensablaufs, der geringgradigen erlittenen Verletzungen und unter

Bezugnahme auf Urteile des Bundesgerichts in ähnlichen Fällen, auf welche verwiesen werden kann (vgl. Urk. 2 S. 8, Urk. 9 S. 9 f.), zu Recht bei den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingeordnet (vgl. dazu insbesondere Urk. 10/1, Urk. 10/3, Urk. 10/26-27). Es ist darauf hinzuweisen, dass bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle nicht das Unfallereignis des Betroffenen massgebend ist, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237, 1995 Nr. U 215 S. 91). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der für die Beurteilung massgebenden sieben Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder die Kriterien in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben wären (vorstehend Erw. 1.4.3).

4.3.4 Eine gewisse Eindringlichkeit ist dem Unfallereignis vom 27. September 2006 nicht abzuspüren. Allerdings war der Unfall nicht derart eindringlich, dass er erfahrungsgemäss geeignet wäre, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist daher nicht erfüllt. Die nur geringgradigen Verletzungen des Beschwerdeführers nach dem Unfall - insbesondere erlitt er keinerlei Knochenbrüche - genügen bei weitem nicht, um das Kriterium "schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen" bejahen zu können. Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, ebenso wenig für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. Die Nagelwachstumsstörung heilte nach der Operation vom 30. März 2007 problemlos wieder aus (vgl. Urk. 10/29, Urk. 10/35, Urk. 10/43). Bei den Kriterien "ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung", "körperliche Dauerschmerzen" und "Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" sind einzig die somatisch bedingten Beschwerden zu berücksichtigen. Da der Kreisarzt Dr. G. bereits am 30. April und anschliessend der Hausarzt Dr. A. am 31. Mai 2007 - also sieben bis acht Monate nach dem Unfall - darauf hinwies, dass die fortbestehende Beschwerdesymptomatik hauptsächlich psychisch bedingt sei, und diese Einschätzung im weiteren Verlauf durch die Berichte der Dres. D. und E. vom 8. November und vom 6. Dezember 2007 bestätigt wurde, kann von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der körperlichen Beschwerden und von körperlichen Dauerschmerzen keine Rede sein. Auch das Kriterium "Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" ist unter diesen Umständen nicht erfüllt, zumal der Beschwerdeführer problemlos in der Lage war, ab dem 21. August 2007 eine von der Invalidenversicherung finanzierte Umschulung zu absolvieren (vgl. Urk. 10/69). Da kein einziges der massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt ist, mangelt es an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. September 2006. Die SUVA hat zu Recht festgestellt, dass unter diesen Umständen offen bleiben kann, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden besteht (vgl. Urk. 2 S. 7). Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 24. Februar 2008 ist folglich 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:

- Rechtsanwalt Martin Hablitzel
- 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.