

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00413 vom 27. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00413 du 27 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00413 del 27 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1946 in Italien geborene X. war vor seiner im März 1963 erfolgten Einreise in die Schweiz ungefähr fünf Jahre als angelernter Maurer tätig gewesen. In der Schweiz arbeitete er für verschiedene Unternehmen als Gipser, seit April 1985 für die S. AG und war daher bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) für die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Im Rahmen von Gebäudesanierungsarbeiten soll es zu drei kurzzeitigen Asbestexpositionen gekommen sein (Urk. 8/5). Im Jahr 2000 musste sich der Versicherte einer Harnleiteroperation unterziehen. Anlässlich der präoperativen Abklärungen wurde ein Schatten auf der rechten Lunge festgestellt. Die daraufhin durchgeführte Computer-Tomographie des Thorax ergab basal einen breitbasig aufsitzenden, 2 cm messenden Rundschatten mit kometenschweifartiger Ausziehung sowie zum Teil verkalkte Pleuraauflagerungen, welche nach einer am 16. Februar 2001 stattgefundenen thoroskopischen Biopsie als hyaline Plaques der Pleura mit chronischer Entzündung ohne Anhaltspunkte für Malignität diagnostiziert wurden (Urk. 8/6: Operationsbericht des Spitals Z. vom 16. Februar 2001, Austrittsbericht des Spitals Z. vom 20. Februar 2001, Bericht des Instituts für Pathologie des Spitals W. vom 21. Februar 2001). Eine weitere Computer-Tomographie des Thorax vom 21. November 2003 zeigte gegenüber der Voruntersuchung keine Befundänderung bei Nachweis von vereinzelt kleineren, minim verkalkten Pleuraplaques (Urk. 8/6 und 8/7: Bericht des Spitals Z. vom 24. November 2003). Da der Versicherte in der Folge über einen rechtsseitigen Thoraxwandschmerz klagte, wurde er von Dr. med. A., Oberarzt an der Rheumaklinik des Spitals B., konsiliarisch untersucht und beurteilt (Urk. 8/6: Bericht der Rheumaklinik des Spitals B. vom 29. April 2004).

1.2. Mit Schreiben vom 23. September 2004 meldete der Versicherte der SUVA, er leide nach Auskunft seines Hausarztes, Dr. med. C., an den Folgen von Asbest-Expositionen (Urk. 8/1). Zur Abklärung eines Anspruchs auf Versicherungsleistungen wurde zunächst eine Stellungnahme von Dr. C. eingeholt, welcher dieser mit Bericht vom 21. Oktober 2004 erstattete und die ihm vorliegenden Berichte einreichte (Urk. 8/6). Weitere Berichte wurden vom Spital Z. eingereicht (Urk. 8/7). Am 25. Oktober 2004 wurde sodann eine Abklärung der Arbeitsanamnese durch den Aussendienst der SUVA durchgeführt (Urk. 8/5: Aussendienstbericht vom 3. November 2004). Am 18. Januar 2005 fand eine fachärztliche Untersuchung durch Dr. med. D., Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, statt (Urk. 8/10). Mit Schreiben vom 3. März 2005 anerkannte die SUVA, dass es sich bei den diagnostizierten Pleuraplaques um eine Folge einer beruflich bedingten Asbestexposition handle, weshalb sie für die bisher von der

Krankenkasse ¼bernommenen Abklrungskosten aufkommen werde und auch allfällige nrztliche künftige ärztliche Kontrollen bezüglich der Pleuraplaques zu Lasten der SUVA erfolgen könnten. Weiter wurde im Schreiben ausgeführt, dass ein Anspruch auf Taggeldleistungen abgelehnt werde, da die Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden, nicht auf die Pleuraplaques, sondern auf ein davon unabhängiges Krankheitsgeschehen im Bereich der Wirbelsäule zurückzuführen seien (Urk. 8/14).

1.3  Am 1. und 7. März 2006 fand in der Klinik E.____ eine pneumologische und eine thoraxchirurgische Untersuchung statt. Dr. med. F.____, Facharzt FMH Lungenkrankheiten und Innere Medizin, kam zum Schluss, dass die vom Versicherten geklagten rechtsseitigen thorakalen Beschwerden in direktem Zusammenhang mit einer ausgedehnten Pleuraplaque stehen würden, da diese eine Reizung des Intercostalnerve auslässe und so die Beschwerden gut erkläre (Urk. 8/29/3 und 4: Bericht des Lungenzentrums der Klinik E.____ vom 8. März 2006). Gestützt auf diesen Bericht ersuchte der mittlerweile von Rechtsanwalt Aliotta vertretene Versicherte mit Schreiben vom 17. März 2006 um erneute Überprüfung der Leistungspflicht der SUVA (Urk. 8/29/1 und 2). Am 7. Juli 2006 reichte Dr. C.____ (Urk. 41/1) einen Bericht des PD Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Gastroenterologie/Innere Medizin, vom 12. Juni 2006 (Urk. 41/2 und 3) ein. PD Dr. G.____ stellte einen Singultus (Schluckauf) fest und postulierte einen Teilzusammenhang mit einer durch die Pleuraplaques verursachten Phrenikusirritation (Urk. 41/2 und 3). Nach weiteren Abklärungen teilte die SUVA dem Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 23. Mai 2007 mit, dass der Singultus nicht als Berufskrankheit anzusehen sei, da dessen Behandlung sowie der Verlauf darauf schliessen liessen, dass dieser durch die berufskrankheitsfremde Refluxerkrankung verursacht worden sei; entsprechend könne die SUVA für diese Behandlungskosten nicht aufkommen (Urk. 8/71). Daraufhin erklärte Rechtsanwalt Aliotta mit Eingabe vom 21. Juni 2007, er sei mit der Ablehnung einer Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Behandlungskosten für den Singultus seines Mandanten nicht einverstanden, und ersuchte um Erlass einer anfechtbaren Verfügung (Urk. 8/73). Mit Verfügung vom 27. Juni 2007 lehnte die SUVA die Übernahme von Behandlungskosten für den Singultus ab (Urk. 8/76).

1.4  Mit Eingabe vom 26. Juli 2007 erhob der Versicherte gegen diese Verfügung Einsprache (Urk. 8/92). Die vom Krankenversicherer am 3. Juli 2007 erhobene Einsprache (Urk. 8/84) wurde nach Prüfung der Akten mit Schreiben vom 19. Juli 2007 zurückgezogen (Urk. 8/91).

1.5  Zur Abklärung der Ursache der vom Versicherten geklagten thorakalen Beschwerden fanden am Spital B.____ im Rahmen der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde weitere Untersuchungen statt (Urk. 8/98: Bericht vom 19. Juli 2007; Urk. 8/99: Nachtragsbericht der Neurologischen Klinik vom 21. August 2007). Am 7. September 2007 nahm Dr. D.____ eine vorläufige Aktenbeurteilung vor (Urk. 8/100). Am 19. November 2007 fand eine CT-Untersuchung der Brustwirbelsäule (Urk. 8/121) und am 27. November 2007 eine CT gesteuerte Infiltration des Costovertebralgelenks Th10 rechts (Urk. 8/122) statt. Am 17. März 2008 wurde im Rahmen einer pneumologischen Verlaufskontrolle bei Dr. F.____ (Urk. 8/129/2: Bericht des Lungenzentrums der Klinik E.____ vom 17. März 2008) eine weitere Computer-Tomographie des Thorax durchgeführt (Urk. 8/126). Am 27. August 2008 nahm Dr. D.____, Facharzt FMH für

Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, eine abschliessende Beurteilung aus ärztlicher Sicht vor (Urk. 8/134).

1.6. Mit Schreiben vom 25. September 2008 wurde Rechtsanwalt Aliotta Gelegenheit gegeben, zum neuen Aktenstand Stellung zu nehmen (Urk. 8/139), was dieser mit Eingabe vom 28. Oktober 2008 tat. In der Folge wurde die Einsprache mit Entscheid vom 4. November 2008 abgewiesen (Urk. 2 [= 8/146]).

E. 1.2

1.2.1. Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten als Berufskrankheiten Krankheiten (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) hat er in Anhang I zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt.

Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen. "Ausschliessliche" Verursachung hingegen meint praktisch 100 % des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweis).

Als Berufskrankheiten gelten nach Art. 9 Abs. 2 UVG auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen könnten, dass die bundesrechtliche Liste gemäss Anhang I zur UVV entweder einen schädigenden Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 E. 2b mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "ausschliesslichen oder stark überwiegenden" Zusammenhangs gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 186 E. 2b, 119 V 201 E. 2b mit Hinweis; RKUV 2000 Nr. U 408 S. 407).

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind gemäss Art. 9 Abs. 3 UVG Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt. Sie gelten als ausgebrochen, sobald die betroffene Person erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) ist.

1.2.2. Im Rahmen von Art. 9 Abs. 2 UVG ist grundsätzlich in jedem Einzelfall darüber Beweis zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 189 E. 4b am Ende). Angesichts des empirischen Charakters der medizinischen Wissenschaft (BGE 126 V 189 E. 4c am Anfang) spielt es für den Beweis im Einzelfall eine entscheidende Rolle, ob und inwieweit die Medizin, je nach ihrem Wissensstand in der fraglichen Disziplin, über die Genese einer Krankheit im Allgemeinen Auskunft zu geben oder (noch) nicht zu geben vermag. Wenn aufgrund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür

besteht, dass eine berufsbedingte Entstehung eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, dann schliesst dies den (positiven) Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Einzelfall aus (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen V., U 71/05 E. 4.3.1).

1.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Ereignis 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 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.4 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

Die Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Ereignis erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 E. 2c in fine).

E. 1.5

1.5.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

1.5.2. Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 E. 1c; vgl. auch 123 V 334 E. 1c).

E. 2

2.1. Vorab ist festzuhalten, dass es im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. November 2008 allein um die Frage geht, ob der beim Beschwerdeführer aufgetretene Singultus durch die als Berufskrankheit anerkannten Pleuraplaques verursacht worden ist. Soweit der Beschwerdeführer die Thoraxschmerzen oder das Fortschreiten der Pleuraplaques thematisiert, kann daher auf diese ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegenden Fragen im vorliegenden Verfahren nicht eingetreten werden.

2.2. Die SUVA hielt gestützt auf die Beurteilung des Arbeitsmediziners Dr. D.____ dafür, dass ein Singultus keine wahrscheinliche Folge von Pleuraplaques darstelle, insbesondere wenn wie im zu beurteilenden Fall eine andere plausible und durch eine erfolgreiche Therapie untermauerte Erklärung, die Refluxkrankheit, zur Verfügung stehe. Mangels eines wahrscheinlichen Zusammenhangs zwischen dem Singultus und den Pleuraplaques könnten keine Leistungen im Zusammenhang mit ersterem erbracht werden (Urk. 2).

2.3. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, auf die Beurteilung von Dr. D.____ könne nicht abgestellt werden, da er von derjenigen der behandelnden Fachärzte abweiche und die Folgen der asbestbedingten Erkrankung verharmlose. Der behandelnde Gastroenterologe habe einen Singultus, einerseits bedingt durch einen gastrooesophagealen Reflux, andererseits durch eine plaquebedingte Phrenikusreizung diagnostiziert. Da eine Teilursache zur Bejahung der Kausalität genüge, sei die Beschwerdegegnerin für die Kosten der Heilbehandlung leistungspflichtig (Urk. 1 und 11).

E. 3.1

3.1.1. PD Dr. G.____ führte in seinem Bericht vom 12. Juni 2006 aus, der Patient sei ihm wegen eines schweren Singultus mit unklaren Beschwerden im Oberbauch und über dem Thorax zugewiesen worden. Differentialdiagnostisch müsse bei Singultus an eine Phrenikusirritation, an eine Zentralnervensystem-Affektion im Hirnstamm, an einen Mediastinaltumor, an Reflux mit einer Oesophagusdysmotilitätsstörung sowie an eine chronisch entzündliche Darmerkrankung gedacht werden. Aus diesem Grund habe er sich erlaubt, beim Patienten nochmals eine Gastroskopie und eine Koloskopie durchzuführen. Die Koloskopie habe keine Hinweise für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung gegeben. Die Gastroskopie habe Hinweise für eine nicht erosive gastrooesophageale Refluxerkrankung gezeigt, welche in den Histologien bestätigt werden könnten. Er habe sodann eine Abdomen-Sonographie durchgeführt, bei welcher er keine Hinweise

für einen Tumor in abdomine gefunden habe. Schliesslich habe er noch eine MRI-Untersuchung des Schädels mit der Fragestellung einer Raumforderung im Hirnstamm durchgeführt, welche allenfalls den Singultus hätte erklären können. Auch hier hätten sich keine Hinweise für einen Tumor im Hirnstammbereich finden lassen. Die computertomographischen Bilder habe er mit einem befreundeten Radiologen nochmals diskutiert; es würden dort deutliche, dem rechten Diaphragma aufsitzende Pleuraplaques mit Infiltration der Thoraxwand rechts auffallen. Die klinische Untersuchung zeige eine deutliche Druckdolenz über der 12. Rippe rechts. Es bestehe ebenfalls eine Druckdolenz im Oberbauch. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation gehe er von einer Phrenikusirritation durch die Pleuraplaques am Diaphragma aus, welche sicherlich einen Teil des Singultus erklären. Der andere Teil sei zweifelsohne auch durch die Refluxerkrankung erklärbar. Diesbezüglich bestehe zudem Evidenz, da eine Therapie mit einem ausgezeichneten Prokinetikum wie Tegaserod (Zelmac) sowie Pantoprazol 2 x 40 mg zu einem deutlichen Rückgang der Beschwerden geführt habe. Er habe den Patienten am 9. Juni 2006 gesehen, dieser habe keinen Singultus mehr gehabt und nicht mehr über diese Beschwerden geklagt; sie seien deutlich zurückgegangen. Er habe dann noch eine Infiltration des Interkostalnerven Nr. 12 rechts (vordere Axillarlinie) mit 20 ml Adrenalin/Lidocain durchgeführt. Der Patient habe die Praxis anschliessend schmerzfrei verlassen. Er schlage folgendes Procedere vor: Langzeit-Säuresuppression mit Pantoprazol, Gabe von Zelmac über drei Monate 2 x 6 mg, anschliessend eventuell Reduktion auf 6 mg pro Tag, bei Bedarf Infiltrationen des Interkostalnerven Nr. 12 rechts (vordere Axillarlinie), gegebenenfalls auch mit einem länger wirksamen Lokalanästhetikum wie Carbostesin (Urk. 8/41/2 und 3).

3.1.2. Am 14. Juli 2006 hielt Dr. D. zum Bericht über die gastroenterologische Abklärung fest, es sei ein Singultus diagnostiziert worden, bedingt durch einerseits einen gastrooesophagealen Reflux, andererseits durch eine plaquebedingte Phrenikusreizung. Es sei eine säuresupprimierende Therapie vorgeschlagen worden. Es bleibe abzuwarten, wie der Singultus auf diese Therapie anspreche; je nach dem würden sich daraus weitere Informationen ergeben, wieweit der Singultus durch die Plaques bedingt sein könne (Urk. 8/43).

3.1.3. Dr. med. C., Allgemeinmedizin FMH, berichtete am 19. August 2006, dass der Beschwerdeführer nach der Infiltration während 5-6 Stunden schmerzfrei gewesen sei; anschliessend sei der Zustand wie vorher gewesen. Weiter hielt Dr. C. fest, der Singultus sei unter PPI und Zelmac nur noch wenig symptomatisch (Urk. 8/49).

3.1.4. Am 10. Mai 2007 hielt Dr. D. in einer Aktennotiz fest, dass aus dem Abklärungsbericht des Gastroenterologen vom Juni 2006 hervorgegangen sei, dass auf die Behandlung mit säuresupprimierenden Medikamenten eine Besserung eingetreten sei; am 9. Juni 2006 habe der Beschwerdeführer nicht mehr unter einem Singultus gelitten. Dies habe dafür gesprochen, dass die Beschwerden nicht durch die Pleuraplaques, sondern durch die Refluxerkrankung verursacht worden seien. Damals sei das weitere Ansprechen des Singultus auf die Therapie abzuwarten gewesen. Darüber habe Dr. C. am 19. August 2006 berichtet: Der Singultus sei auf PPI und Zelmac nur noch wenig symptomatisch. Damit könne davon ausgegangen werden, dass der Singultus stark überwiegend durch die Refluxerkrankung verursacht worden sei (Urk. 8/69).

3.1.5. Im Rahmen eines am 11. Mai 2007 geführten telefonischen Gesprächs mit Dr. D. teilte Dr. C. mit, dass sich die Singultus-Beschwerden unter fortdauernder

Therapie mit PPI und Zelman weiterhin deutlich gebessert hätten; es beständen noch ab und zu Episoden mit vermehrten Beschwerden. Nach der Intervention des Gastroenterologen hätten sodann keine weiteren Infiltrationen stattgefunden (Urk. 8/70).

3.1.6 Die im Zusammenhang mit der Beurteilung durch die Spezialisten der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Spitals B.____ stehenden Abklärungen bezogen sich nicht auf die Singultus-Beschwerden. Die entsprechenden Hinweise wurden dem Bericht des Gastroenterologen PD Dr. G.____ entnommen (Urk. 8/98 sowie 8/130).

3.1.7 Dr. F.____ hielt in seinem Bericht vom 17. März 2008 unter den aufgelisteten Diagnosen eine mögliche Phrenikusreizung durch basale Pleuraplaques fest. Da er sich in seinem Bericht nicht weiter damit auseinandersetzte, ist davon auszugehen, dass er diesen Hinweis von einem anderen Bericht übernommen hatte (Urk. 8/129/2).

3.1.8 In seiner Aktenbeurteilung vom 27. August 2008 führte Dr. D.____ mit Bezug auf den Singultus aus, unter säuresupprimierender Therapie habe eine deutliche Besserung festgestellt werden können, was auf einen Zusammenhang mit der Refluxkrankheit hinweise. Singultus im Rahmen einer Refluxkrankheit sei eine bekannte Erscheinung. Im Gegensatz dazu sei es nicht wahrscheinlich, dass Pleuraplaques einen Singultus verursachen könnten. Im zu beurteilenden Fall, wo eine plausible Erklärung für den Singultus vorliege, sei dies noch weniger wahrscheinlich (Urk. 8/134).

3.2 Entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung ist nicht einzusehen, weshalb die Beurteilung von Dr. D.____, einem Facharzt für Arbeitsmedizin, nicht beweiskräftig sein sollte. Der behandelnde Gastroenterologe PD Dr. G.____ klärte die möglichen Ursachen des Singultus sorgfältig ab. Im Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses bei ihm verblieben noch zwei mögliche Ursachen, nämlich eine Refluxkrankheit und eine Phrenikusirritation. Nachdem die bei einer Refluxkrankheit im Vordergrund stehende säuresupprimierende medikamentöse Therapie nach Angabe des nachbehandelnden Hausarztes Dr. C.____ dauerhaft angesprochen hat und bloss noch seltene Episoden mit Singultus-Beschwerden aufgetreten sind, durfte der fallführende Arbeitsmediziner der Beschwerdegegnerin ohne weiteres davon ausgehen, dass eine Phrenikusirritation als Ursache des Singultus bei diesem Verlauf ausgeschlossen werden kann. Weitere medizinische Abklärungen - wie sie im Beschwerdeverfahren verlangt wurden - sind bei dieser Sachlage aber nicht nötig und würden auch zu keinen neuen entscheiderelevanten Erkenntnissen führen.

3.3 Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem geklagten Singultus eine Leistungspflicht abgelehnt hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

- '___'

4. Gegen diese Entscheidung 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.