

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00085 vom 18. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00085 du 18 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00085 del 18 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin weiterhin Leistungen in Bezug auf die Heilbehandlung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden am linken Arm zu erbringen hat, mithin ob diese Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. Oktober 2008 stehen.

1.2. Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen vorbringen, dem für die Beschwerdegegnerin tätigen Dr. G._____mangle es einerseits an der nötigen Neutralität, um ihre gesundheitliche Situation richtig einzuschätzen, andererseits könne nur eine persönliche Untersuchung, bzw. eine eigentliche Begutachtung über die Ursachen der nach wie vor bestehenden, sehr störenden und belastenden Beschwerden sowie deren Behandlungsmöglichkeiten Klarheit geben (Urk. 1 S. 3-4). Sie habe seit dem Unfall und über den 27. April 2009 hinaus nie mehr als 60 bis 70 % gearbeitet. Der Arm sei nach wie vor geschwollen und zum Teil sogar bläulich verfärbt (Urk. 1 S. 4). Vor dem Unfall vom 22. Oktober 2008 sei sie gesund gewesen, habe insbesondere keine Probleme mit ihren Armen gehabt (Urk. 1 S. 4). Die Beschwerdegegnerin hätte genauer abklären müssen, ob die im Bericht von Dr. G._____erwähnte Verdachtsdiagnose eines CRPS in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 22. Oktober 2008 stehe (Urk. 1 S. 5). In ihrer Replik vom 17. August 2011 weist die Beschwerdeführerin überdies daraufhin, es sei nicht korrekt, wenn die Beschwerdegegnerin sich auf die Unfallscheine beziehe und aus einer darin erwähnten 100%igen Arbeitsfähigkeit ableite, dass die Beschwerdeführerin im fraglichen Zeitraum auch zu 100 % gearbeitet habe (Urk. 1 S. 3).

1.3. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, bereits SUVA-Kreisarzt Dr. E._____habe dargelegt, dass eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin für die Kausalitätsbeurteilung nicht notwendig sei, da eine solche nicht zu anderen Erkenntnissen führen könnte, zumal die zur Verfügung stehenden Unterlagen (medizinische Berichte und Ergebnisse bildgebender Verfahren) bereits aussagekräftig seien (Urk. 9 S. 4). Die Formel *post hoc ergo propter hoc* sei beweismässig nicht dienlich, und es sei somit irrelevant, wenn gemäss Beschwerdeführerin vor dem Unfall die Beschwerden im linken Arm noch nicht bestanden hätten (Urk. 9 S. 5). Mit Duplik vom 19. September 2011 führt die Beschwerdegegnerin weiter aus, wenn die Arbeitsleistungen der Beschwerdeführerin effektiv nur 60 bis 70 % betragen hätten, hätte deren Arbeitgeberin ein Interesse daran gehabt, von der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Taggeld zu beziehen, und hätte sie die Beschwerdeführerin nicht als zu 100 % arbeitsfähig bezeichnet (Urk. 21 S. 2).

2. Die Beschwerdeführerin hat in ihrer angefochtenen Entscheidung die zur Beurteilung der Streitsache massgeblichen rechtlichen Grundlagen zutreffend wiedergegeben. Es betrifft dies insbesondere die Bestimmungen und Rechtsprechung über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] in Verbindung mit Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), den nebst anderem vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen) sowie die im Weiteren erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhanges generell (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181), die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Rückfällen und Spätfolgen (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen) und den Beweiswert von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a). Darauf kann verwiesen werden.

3. Die Aktenlagen

3.1 Die medizinische Aktenlagen präsentiert sich wie folgt:

3.2 Bei der Erstuntersuchung vom 23. Oktober 2008 diagnostizierten die Ärzte des Spitals Z. eine Ellbogenkontusion links. Bei der Röntgenuntersuchung des Ellbogens wurden keine frischen ossären Läsionen festgestellt (Urk. 10/3).

3.3 Der Handchirurg Dr. B. stellte nach der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 11. März 2009 die Diagnose Verdacht auf erweiterte Epicondylitis humeri radialis links (Bericht vom 13. März 2009, Urk. 10/6). Beim aspektmäßig unauffälligen Arm ohne Schwellungszeichen habe sich eine freie Schulterbeweglichkeit gezeigt. Die Ellbogenbeweglichkeit sei ebenfalls vollständig vorhanden. Es finde sich eine Druckdolenz einerseits im Bereich der Ursprungsstelle der Extensor carpi radialis longus Muskulatur, andererseits über dem Epicondylus humeri radialis. Der Nervus radialis im Supinatorkanal sei ebenfalls etwas druckdolent. Der ulnare Epicondylus sei schmerzfrei, der Ellbogen sei stabil. Die übrigen Untersuchungsbefunde seien normal. Das CT (Computertomogramm) des Ellbogens links habe ein mögliches Minifragment über dem Epicondylus humeri ulnaris bei sonst unauffälligen Verhältnissen ergeben Anhaltspunkte für ein Chronic Regional Pain Syndrom (CRPS) bestanden keine (Urk. 10/6).

3.4 Dem ärztlichen Zwischenbericht der Hausärztin Dr. A. vom 16. April 2009 sind die Diagnosen Ellbogenkontusion links am 22. Oktober 2008 mit kleiner ossärer Absprengung, Epicondylus humeri radialis, jetzt Epicondylopathia humeri radialis links zu entnehmen (Urk. 10/7).

3.5 Nach der Rückfallmeldung vom 22. April 2010 ging der Beschwerdeführerin der ärztliche Bericht des Spitals Z. vom 18. Mai 2010 zu (Urk. 10/15). Dessen Ärzte diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin (1) eine chronifizierende Epicondylopathia humeri radialis links bei Status nach Sturz mit Kontusion linker Arm am 22. Oktober 2008, muskulären Dysbalancen, Tendomyosen bei protrahiertem Verlauf, bei Verdacht auf fokale Algodystrophie/CRPS sowie Verdacht auf beginnende Schmerzzentralisierung/-verarbeitungsstörung und (2) einen Status nach allergischer Dermatitis auf Diclofenac am linken Ellbogen. Die Beschwerdeführerin sei von 27. Januar bis 7. Februar 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 14. April bis 16. Mai 2010 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Radiologiebefund (MRI vom 20. April 2010) ergab entsprechend dem klinischen Befund eine Verdickung und

leichte Signalstärkung des gemeinsamen Extensorenursprunges am Epicondylus radialis bei chronischer Epicondylitis sowie diskrete fleckförmige intraossäre Signalstörungen, differentialdiagnostisch (DD) Ausdruck einer beginnenden Algodystrophie, residuelles blutbildendes Mark (Urk. 10/16).

3.6. SUVA-Kreisarzt Dr. E. legte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 10. August 2010 dar, aufgrund des Unfallmechanismus, des Verlaufes und der pathologisch-anatomischen Situation sei für die Prellung des linken Ellbogens radial der Status quo sine auf den 27. April 2009 bei voller Arbeitsfähigkeit festgelegt worden. Bei typischem Verlauf mit Abnahme der Beschwerden und Arbeitsfähigkeit in den ersten fünf Wochen sei medizinisch der Status quo sine bereits am 26. November 2008 erreicht gewesen. Grosszügigerweise seien von der Beschwerdegegnerin im Rahmen von Abklärungen die Leistungen für Arbeitsunfähigkeit und Behandlungen weiter übernommen worden. Mit den zusätzlichen Abklärungen sei bewiesen worden, dass es sich um eine typische Epicondylitis humeri radialis handle, welche auf degenerative Veränderungen der Muskel- und Sehnenansätze am Knochen basiere und das typische Bild bei Belastung und Bewegung mit Schmerzexazerbation zeige. Dies sei nicht mit der beschriebenen akuten Kontusion vereinbar, sondern mit dem chronischen Verlauf, welcher symptomatisch behandelt werden könne. Die Beschwerdegegnerin habe Leistungen bis zum 27. April 2010 übernommen, obwohl der Verlauf nicht mehr auf traumatischen Folgen beruht habe. Dies sei durch bildgebende Untersuchungen, welche keine ossären oder Weichteilverletzungen ergeben hätten, bewiesen worden. Die rezidivierenden Beschwerden seien typisch und durch die degenerativen Grundveränderungen am linken Ellbogen radial bestimmt (Urk. 10/28/2).

3.7. Am 1. September 2010 nahm Dr. A. zur Beurteilung von Dr. E. vom 10. August 2010 Stellung. Es sei nicht zutreffend, dass der Status quo sine schon innert fünf Wochen nach dem Unfall vom 22. Oktober 2008 erreicht gewesen sei. Sie habe sei dem Unfall permanent Schmerzen, wobei sie vor dem Unfall völlig beschwerdefrei gewesen sei. Sie klagte am Nachmittag immer noch über eine Rötung und über eine Schwellung am Ellbogen, welche objektivierbar sei (Urk. 10/30).

3.8. Gemäss der Beurteilung des SUVA-Versicherungsmediziners Dr. G. vom 2. Februar 2011 kann aufgrund der aktenkundigen klinischen Befunde und der radiologischen wie auch computertomographischen Untersuchungen nicht auf eine nachweisbare strukturelle Schädigung osteoligamentärer Strukturen am linken Ellbogen geschlossen werden. Die Ellbogenkontusion vom 22. Oktober 2008 habe zu einer bloss oberflächlichen Weichteilschädigung mit einer Schürfwunde ventral im Bereich des Ellbogens sowie einem Hämatom von Mitte Oberarm bis Mitte Unterarm reichend geführt. Einziger klinischer Hinweis auf die Symptome einer radialen Epicondylopathie sei eine initiale Druckdolenz über dem Radiusköpfchen gewesen. Eine Prellmarke über dem lateralen Epicondylus sei jedoch nicht beschrieben worden (Urk. 10/39/3). Das im Rückfall gemeldete und nach einem langen Intervall von sieben Monaten mit 100%iger Arbeitsfähigkeit zunehmend ab dem 4. November 2009 zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit führende Beschwerdebild lasse sich nicht mehr mit der längst abgeheilten Ellbogenprellung erklären, sondern nur noch mit dem natürlichen Verlauf einer radialen Epicondylopathie. Das am 20. April 2010 angefertigte MRI des linken Ellbogens bestätige diese Diagnose: Man sehe die hierzu typischen Signalstörungen im Bereich des gemeinsamen Extensorenursprunges am Epicondylus radialis (Urk. 10/39/4). Im

Rückfall seien neu Hinweise für eine Algodystrophie bzw. ein CRPS hinzugekommen. Dabei sei von den Rheumatologen des Spitals Z.____ jedoch lediglich die Verdachtsdiagnose eines CRPS geäussert und als diagnostisches Kriterium eine diskrete fleckförmige intraossäre Signalstärkung im MRI herangezogen worden. Die Sensitivität und Spezifität der Kernspintomographie seien im Hinblick auf die Diagnostik eines CRPS gering, vor allem dann, wenn die Untersuchung eineinhalb Jahre nach der Ellbogenkontusion durchgeführt worden sei. Zudem sei gemäss Richtlinien der IASP (International Association for the Study of the Pain) die Kernspintomographie (wie auch die Szintigraphie) kein diagnostisches Kriterium für ein CRPS. Diese Diagnose werde allein aufgrund anamnestischer und klinischer Kriterien gestellt. Aufgrund der Angaben des Spitals Z.____ im Bericht vom 18. Mai 2010 sei allerdings fraglich, ob die diagnostischen Kriterien der IASP tatsächlich alle erfüllt gewesen seien. Unter Hinweis auf die von Dr. B.____ bei der Untersuchung vom 11. März 2009 erhobenen Befunde hält Dr. G.____ weiter fest, dass sich im Grundfall jedenfalls keine klinischen Hinweise auf ein CRPS gefunden hätten (Urk. 10/39/4-5).

3.9 Die Beschwerdeführerin liess im vorliegenden Verfahren den Bericht der Klinik F.____, Rheumatologie, vom 15. März 2011 einreichen (Urk. 7/1). Die Ärzte der Klinik diagnostizierten eine Allodynie im lateralen distalen Oberarm sowie im laterodorsalen Unterarm links (adominant) bei (1) aktuell keinem klinischen Verdacht auf Vorliegen eines CRPS, (2) Sturz mit Kontusion und Schürfung des linken Ellbogens vom 22. Oktober 2008, (3) MRI-Ellbogen vom 20. April 2010 links: Verdickung und leichte Signalstärkung des Extensorenursprungs am Epicondylus radialis und (4) CT Ellbogen links vom 7. November 2008: kein Erguss, keine Radiusköpfchen-Fraktur, kleine ossäre kortikale Absprengung ca. 2 x 2 mm an der distalen Humerusmetaphyse, proximal des Epicondylus humeri ulnaris (Urk. 7/1 S. 1). In ihrer Beurteilung wiesen die Ärzte der Klinik F.____ darauf hin, dass sich anlässlich der Untersuchung vom 15. März 2011 klinisch kein Hinweis auf das Vorliegen eines aktiven CRPS ergeben habe. Ob sudeckoide Veränderungen beständen oder intermittierend auftraten, könne nicht klar gesagt werden. Die wechselhaften Schwellungen und die bläulichen Hautveränderungen könnten aber dafür sprechen. Vordergründig sei eine Allodynie-Zone pericubital lateral links (adominat) mit einer Schmerzausbreitungszone nach infrasternal. Es zeigten sich keine funktionelle Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit an der linken oberen Extremität sowie kein Hinweis auf eine floride Epicondylopathia humero-radialis links, ebenso kein klinischer Hinweis auf eine cervicospondylogene Genese (Urk. 7/1 S. 2).

E. 4

4.1 Die Sowohl SUVA-Kreisarzt Dr. E.____ als auch der SUVA-Versicherungsmediziner Dr. G.____ erstellten ihre Beurteilungen vom 10. August 2010 (E. 3.6) bzw. 2. Februar 2011 (E. 3.8) aufgrund der ihnen zur Verfügung gestellten Akten. Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, dass nur eine persönliche Untersuchung über die Ursache ihrer Armbeschwerden Aufschluss geben könne. Nach der Rechtsprechung des Bundesgericht ist ein medizinischer Aktenbericht zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2008 vom 2. April 2009 E. 5.2). Das ist vorliegend aufgrund der aufgezeigten medizinischen Aktenlage ohne Weiteres zu bejahen. Zudem hält Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 10. August 2010 ausdrücklich fest, für die Beurteilung der Zuordnung krankheits- und

unfallbedingt sei keine persönliche Untersuchung notwendig, da er dabei keine anderen Erkenntnisse erwerben könne. Die zur Verfügung stehenden Unterlagen seien aussagekräftig und die Untersuchungsbefunde genau erhoben (Urk. 10/28/2). Die Beschwerdeführerin führt keine Gründe an, welche dafür spr chen, dass eine persönliche Untersuchung durch den SUVA-Kreisarzt neue Erkenntnisse zur Unfallkausalität hätte bringen können. Solche Gründe sind auch aus den Akten nicht ersichtlich.

4.2       Die Beschwerdeführerin bemängelt weiter die angeblich fehlende Neutralität des Versicherungsmediziners Dr. G. ____. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung unterliegen. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Diese Voraussetzungen sind bei den ärztlichen Beurteilungen von Dr. G. ____, wie auch von Dr. E. ____, gegeben.

4.3       Gemäss Dr. G. ____, ist nach der am 22. Oktober 2008 erlittenen Prellung des Ellbogens der Nachweis für eine strukturelle Schädigung osteoligament rer Strukturen nicht erbracht worden (E. 3.8). Die unmittelbar nach dem Unfall vom 22. Oktober 2008 im Z. ____ durchgeführten radiologischen Untersuchung ergab keine frischen ossäre Läsionen (E. 3.2). Die Beschwerdeführerin nahm am 26. November 2008 die Arbeit wieder auf, und Dr. A. ____ attestierte ihr damals eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/39/4, Urk. 10/11). Demnach ist die Einschätzung von Dr. E. ____, dass die Ellbogenprellung in jenem Zeitpunkt abgeheilt und der Status quo sine eingetreten war, nachvollziehbar und überzeugend. Die von Dr. B. ____ befundeten Ergebnisse einer CT-Untersuchung des linken Ellbogens ergaben ein nur mögliches Minifragment über dem Epicondylus humeri ulnaris bei sonst unauffälligen Verhältnissen (E. 3.3). Dr. G. ____ begründet sodann ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig, dass die als Rückfall gemeldeten Beschwerden nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 22. Oktober 2008 stehen und für das Beschwerdebild nicht mehr die längst abgeheilte Ellbogenprellung, sondern der natürliche Verlauf einer nicht unfallkausalen radialen Epicondylopathie verantwortlich ist (Urk. 3.8).  berzeugend sind ferner die Ausführungen von Dr. G. ____ betreffend Algodystrophie bzw. ein CRPS (E. 3.8). Denn dabei ist zu berücksichtigen, dass selbst die Ärzte des Spitals Z. ____ bloss eine Verdachtsdiagnose auf ein CRPS stellten (E. 3.5), Dr. B. ____ zuvor keine Hinweise für ein CRPS finden konnte (E. 3.3) und die Ärzte der Klinik F. ____ bei ihrer Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 15. März 2011 aktuell keinen klinischen Verdacht auf das Vorliegen eines CRPS stellen konnten (E. 3.9).

4.4       Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, vor dem Unfall vom 22. Oktober 2008 habe sie keine Probleme mit ihrem Arm gehabt, ist darauf hinzuweisen, dass die Rechtsfigur  post hoc ergo propter hoc , bei der eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), für die Annahme eines Kausalzusammenhangs rechtsprechungsgemäss nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Schliesslich kann es auch keine Rolle spielen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall angeblich nie mehr als 60 bis 70 % gearbeitet hat. Denn Dr. A. ____, ihre damalige Hausärztin, attestierte ab dem 26.

November 2008 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/11). Massgebend ist die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und nicht die Einschätzung eigenen Leistungsfähigkeit durch die versicherten Person.

4.5 Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall gemeldeten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 22. Oktober 2008 ist demnach zu verneinen. Jedenfalls ist ein solcher Zusammenhang nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, und die blosser Möglichkeit vermag keinen Leistungsanspruch zu begründen. Der Einspracheentscheid vom 8. Februar 2011 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtsens, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Caterina Nägeli

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- 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.