

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00135 vom 22. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00135 du 22 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00135 del 22 agosto 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Einspracheentscheid vom 14. März 2011 (Urk. 2) davon aus, die vom Beschwerdeführer noch beklagten Beschwerden beruhten nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat, welches mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. April 2009 zurückzuführen wäre (S. 8 Ziff. 2g). Sodann sei aufgrund der Adäquanzprüfung gemäss BGE 115 V 133 der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Beschwerden und dem Unfall zu verneinen (S. 9 f. Ziff. 3c). Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort fest (Urk. 10)

3.2. Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer beschwerdeweise (Urk. 1/1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, er leide seit dem Unfall an denselben Ellenbogenbeschwerden und es sei seither weder eine Besserung geschweige denn eine Ausheilung dokumentiert (Ziff. 4). Er sei immer noch zu 100 % arbeitsunfähig und es seien operative Therapiemassnahmen indiziert. Zusammenfassend sei der Endzustand noch nicht erreicht, weshalb weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen seien (Ziff. 5).

3.3. Streitig und zu prägen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung (per 17. Mai 2010) hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht.

4. Die Äusserungen

4.1. Der Beschwerdeführer konsultierte am 5. Mai 2009 erstmals seit dem Sturz vom 7. April 2009 seinen Hausarzt, Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Dieser diagnostizierte einen Verdacht auf eine Ellbogenfraktur links mit Hypästhesie/Analgesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links (Urk. 11/2).

Die darauffolgenden bildgebenden Untersuchungen (Röntgen vom 5. Mai 2009, Urk. 11/3/1 Mitte; sowie MRI vom 6. Juli 2009, Urk. 11/20/2) ergaben keinerlei pathologische Veränderung im Bereich des linken Ellbogengelenks.

4.2. Am 2. November 2009 erfolgte eine Untersuchung bei Kreisarzt Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 11/24). Dieser führte aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, es gehe ihm seit einem Monat besser mit dem linken Arm, er habe aber dennoch bei den geringsten Bewegungen im linken Ellbogengelenk Schmerzen an der dorsalen Oberarmseite mit Schmerzmaximum im Ellbogenbereich. Die Schmerzen strahlten auch in die Hand, den Schulterbereich und teilweise auch zur Halswirbelsäule (HWS) aus (S. 2 Ziff. 3). Dr. A. ____, äusserte in seiner Beurteilung den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, da das vom

Beschwerdeführer beklagte Schmerzsyndrom mit den Unfallfolgen nicht erklärbar sei. Da insbesondere auch von neurologischer Seite gemäß Aktenlage keine unfallbedingte Erkrankung erkennbar sei, sei eine psychiatrische Abklärung indiziert (S. 3 Ziff. 5).

4.3 Am 26. April 2010 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C. ____, Assistenzärztin, Fachstelle D. __ (D. __), untersucht (Urk. 11/34), welche folgende Diagnosen stellten (S. 1):

- anhaltende Schmerzsymptomatik links mit/bei
- Anpassungsstörung mit Existenzsorgen, Schlafstörungen und Libidoverlust (ICD-10: F43.28)
- Anpassungsproblemen bei Veränderung der Lebensumstände (Angst vor Arbeitsplatzverlust, Existenzängste, ICD-10: Z60.0)

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer leide seit einem Treppensturz unter Beschwerden des linken Ellbogens mit Schmerzen, schmerzbedingter Kraftlosigkeit, Zittern, Parästhesien sowie ausgeprägter Schonhaltung und sei durch bisher fehlende medizinische Befunde deutlich verunsichert. Die Beschwerden seien im Zusammenhang mit der persistierenden Symptomatik bei fehlenden Befunden und dadurch stressbedingt verstärktem Schmerzerleben zu interpretieren. Dabei sei es im Verlauf des Jahres 2009 zur beschriebenen Anpassungsstörung gekommen. Die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt, da der Beschwerdeführer keine hartnäckige Forderung nach weiteren Untersuchungen stellte und kein Zusammenhang zu innerpsychischen Konflikten deutlich geworden sei (S. 3).

4.4 Mit Bericht vom 24. Juni 2010 (Urk. 11/48/2) hielten Dr. med. E. __ und Dr. med. F. __, Facharzt FMH für Neurologie, fest, anamnestisch, klinisch und unter Berücksichtigung der elektroneurophysiologischen (vgl. Urk. 11/48/3) Befunde liege beim Beschwerdeführer ein mittelschweres, sensomotorisches, rein demyelinisierendes Sulcus ulnaris-Syndrom links bei Status nach Ellbogenkontusion vor zirka einem Jahr vor. Diese Diagnose sei für die Beschwerden vollständig erklärend.

4.5 Am 4. Januar 2011 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G. __, Facharzt FMH für Neurologie, Suva Versicherungsmedizin, untersucht (Urk. 11/69). Dieser führte aus, die vom Beschwerdeführer präsentierten Symptome seien in Übereinstimmung mit den Beurteilungen des Kreisarztes Dr. A. __ nicht durch eine Läsion eines peripheren Nervs (Nervus ulnaris) erklärbar. Zusätzlich fanden sich weitere - im Einzelnen näher dargelegte - Inkonsistenzen (S. 14 f.).

Dr. G. __ räumte ein, dass der Anprall des Ellenbogens, eventuell mit Beteiligung des Nervus ulnaris im Bereich des Sulcus, selbstverständlich akut schmerzhaft sei, diese Schmerzen jedoch langsam wieder abheilen würden. Es sei also typischerweise eine Regredienz - und nicht wie im vorliegenden Falle ein Zunahme - der Beschwerden zu verzeichnen. Die Einordnung des präsentierten Schmerzbildes sei schwierig, da die Ausprägung der Schmerzen im ulnaren Versorgungsgebiet nicht parallel mit den klinischen und elektrophysiologischen Befunden einhergehe (S. 16 Mitte).

Aufgrund der klinischen Beobachtungen des Hausarztes, des erstbehandelnden Chirurgen, der ersten neurologischen Untersuchung, der Persistenz der sensiblen Ausfallmuster und der Schmerzen im Bereich des ulnaren Ellbogens sei mit

Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer tatsächlich initial eine Anprallkontusion des Nervus ulnaris ohne erhebliche Verletzung des Nervs vorgelegen sei, welche nach den Kriterien von Seddon als leicht- bis allenfalls mittelgradig einzuordnen sei und spontan abheile. Die Messung der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit durch Dr. E.____ im Juni 2010 belege objektiv einen Geschwindigkeitssprung im Bereich des Sulcus ulnaris als Ausdruck einer lokalen Demyelinisierung des Nervs. Über die Ursache dieser Demyelinisierung könne die Messung aber keine Aussage machen. Klinisch und elektrophysiologisch objektivierbar habe keine Verschlimmerung in den ersten eineinhalb Jahren nach dem Unfall nachgewiesen werden können. Das heutige Beschwerdebild könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden. Das heutige Beschwerdebild sei geprägt durch eine nicht traumatisch begründete Symptomausweitung (S. 17 ff.).

5.1.1.1.1.1

5.1.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer brachte hauptsächlich und sinngemäss vor, es sei noch nicht von einem "Endzustand" auszugehen, weshalb weiterhin ein Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeldleistungen bestehe (vgl. E. 3.2).

5.2.1.1.1.1 Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung sowie Taggeldleistungen 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. 18 UVG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c).

5.3.1.1.1.1 Im Bericht vom 5. Oktober 2009 von Dr. med. H.____, Oberarzt, und Dr. med. I.____, Oberärztin, Kantonsspital J.____ (J.____), wurde festgehalten, dass es bisher trotz medikamentöser Therapie und Tragen eines Ellbogenschoners zu keiner Besserung der bekannten Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens gekommen sei (Urk. 11/19/1). Gegenüber dem Kreisarzt Dr. A.____ gab der Beschwerdeführer am 2. November 2009 sodann an, es gehe ihm mit dem linken Arm seit einem Monat etwas besser, er habe aber immer noch bei der geringsten Bewegung Schmerzen (vgl. E. 4.2). Seither gehen aus den Akten keine Hinweise hervor, welche darauf schliessen lassen, dass bei Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Gegenüber sämtlichen Ärzten berichtete der Beschwerdeführer über Schmerzen im Ellbogengelenk, welche teilweise auch ausstrahlten (vgl. E. 4.3 und E. 4.5). Dr. E.____ und Dr. F.____ hielten mit Bericht vom 29. April 2011 einen Status quo der Beschwerden seit dem 30. Mai 2010 fest (Urk. 7). Soweit der Beschwerdeführer insbesondere aufhört, es seien operative Massnahmen indiziert, gibt es in den medizinischen Akten weder Anhaltspunkte, dass aktuell eine operative Massnahme überhaupt in Erwägung gezogen wird (geschweige denn indiziert ist), noch dass davon eine wesentliche Verbesserung der Beschwerden zu erwarten ist.

5.4.1.1.1.1 Nach dem Gesagten war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht mehr zu erwarten. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 17. Mai 2010 verfügte.

6. Â Â Â Â Â Â

6.1 Â Â Â Â Â Aufgrund der Aktenlage steht fest, dass der Beschwerdeführer nicht an organisch ausgewiesenen Unfallfolgen leidet. Sowohl das konventionelle Röntgenbild vom 5. Mai 2009 (Urk. 11/3/1 Mitte) als auch das MRI vom 6. Juli 2009 (Urk. 11/20/2) ergaben keinerlei pathologische Veränderung im Bereich des linken Ellbogengelenks. Sodann ergaben elektrophysiologische Messungen im Juni 2010 zwar eine Demyelinisierung des Nervus ulnaris. Dr. G. ___ legte nachvollziehbar dar, dass es verschiedene Gründe gibt, welche zu einem solchen Nervus ulnaris-Syndrom führen können. So können dieses auch spontan, beispielsweise durch Beugung des Armes im Schlaf, entstehen (Urk. 11/69/17-18). Aber deren Ursache vermag die elektrophysiologische Messung gemäss Dr. G. ___ aber keine Aussage zu machen und insbesondere können die noch beklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden, da das Beschwerdebild gesamthaft geprägt ist durch eine nicht traumatisch begründete Symptomausweitung (vgl. E. 4.5). Dennoch räumte er schlussendlich ein, es sei allerdings zumindest möglich, dass sich nach initialem Anpralltrauma durch das Verhalten des Beschwerdeführers oder spontan (Hyperflexion des Armes im Schlaf) das heutige Beschwerdebild entstanden sei (Urk. 11/69/18 unten).

Â Â Â Â Â Â Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches jedoch nicht, da die natürliche Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist (BGE 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

6.2 Â Â Â Â Â Soweit der Beschwerdeführer behauptet, er leide ununterbrochen seit dem Unfall an denselben Ellbogenbeschwerden und es sei seit Beginn der Beschwerden zumindest ein Verdacht auf ein Nervus ulnaris-Syndrom diagnostiziert worden (Urk. 1 Ziff. 4), kann dies nicht als Beleg für die natürliche Kausalität der Beschwerden gewertet werden, lässt sich doch rechtsprechungsgemäss allein gestützt auf die Formel *post hoc ergo propter hoc* im unfallversicherungsrechtlichen Bereich kein rechtsgemässlicher Zusammenhang erstellen (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

6.3 Â Â Â Â Â Demnach fehlt es bezüglich des Nervus ulnaris-Syndroms bereits am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 7. April 2009.

7. Â Â Â Â Â Â

7.1 Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin prüfte sodann die Adäquanz der noch geklagten psychischen Beschwerden im Einspracheentscheid nach der Rechtsprechung zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133). Sie kam zum Schluss, sofern überhaupt von einem mittelschweren Unfall auszugehen sei, seien die erforderlichen Kriterien nicht gegeben, weshalb die Beschwerden nicht adäquat kausal zum Unfallereignis vom 7. April 2009 seien (Urk. 2 S. 10 Ziff. 4). Dies blieb beschwerdeweise unbestritten und es ergeben sich nach Aktenlage auch keine Hinweise, die dem entgegenstehen:

7.2 Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin wandte zu Recht die genannte Praxis an, steht das psychiatrische Krankheitsbild doch klar im Vordergrund, da die im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch beklagte Schmerzproblematik nicht mehr somatisch erklärbar war.

7.3. Sodann ist auch keines der erforderlichen Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt - weshalb nicht abschliessend zu klären ist, ob es sich vorliegend um ein leichtes oder mittleres Unfallereignis handelt. Klarerweise nicht erfüllt sind die Kriterien "besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls", "schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen", "schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen" sowie "fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung". Eine "ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat", ist entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen. Allein eine "methodisch unglückliche" (vgl. Urk. 11/69/16 oben) Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit durch Ärzte des J. ___ reicht für die Bejahung dieses Kriteriums nicht aus. Sodann liegt auch keine "erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen" vor, nachdem der Beschwerdeführer keinerlei Anstrengungen gezeigt hat, wieder eine Tätigkeit aufzunehmen. Allenfalls ist das Kriterium der "erheblichen Beschwerden" gegeben, jedoch jedenfalls nicht in ausgeprägter Weise.

7.4. Nachdem höchstens ein Kriterium erfüllt ist, dieses aber in nicht besonders ausgeprägter Weise vorliegt, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 7. April 2009 zu verneinen.

Die Leistungseinstellung per 17. Mai 2010 erweist sich demnach als rechters, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Försprecher Miroslav Patk, unter Beilage von Kopien der Urk. 14-15

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, unter Beilage von Kopien der Urk. 14-15 und Urk. 17-18

- 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.