

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00275 vom 13. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00275

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00275 du 13 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00275 del 13 maggio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1???? Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre erneute Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom Juni 2006 im Wesentlichen mit der Begründung, einerseits sei weder eine Ruptur der Rotatorenmanschette noch der Supraspinatussehne rechtzeitig dokumentiert, und andererseits fehle es angesichts der erst neun Monate nach dem Unfall stattgefundenen Erstbehandlung und der weiterhin bestandenen vollen Arbeitsfähigkeit an - zur Begründung eines abermaligen Anspruchs dem Unfallversicherer gegenüber rechtsprechungsgemäss erforderlichen - Brückensymptomen (Urk. 2, 9, 21 und 27).

2.2???? Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, gestützt auf das bildgebende Material sei davon auszugehen, dass es anlässlich des Unfallereignisses vom Juni 2006 zu einer kleinen Ruptur der Supraspinatussehne gekommen sei. Angesichts der im Rahmen einer second opinion gemachten Ausführungen des Dr. Z.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sei erwiesen, dass die Brückensymptomatik vorhanden sei. Die Schulterbeschwerden seien daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom Juni 2006 zurückzuführen, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht treffe (Urk. 1, 16 und 23).

E. 3

3.1???? Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. Juli 2007 über die Erstbehandlung der Beschwerdeführerin am 28. März 2007. Diese habe ausgeführt, sie sei am 1. Juni 2006 auf der Treppe gestürzt und sei dabei mit der linken Hand und der linken Schulter aufgeschlagen. Seitdem beständen zunehmende Schmerzen in der Schulter. Der Röntgenbefund - so Dr. A.____ - zeige keine frische ossäre Läsion. Er diagnostizierte einen Status nach einer Schulterkontusion und einen (Cave) Rotatorenmanschettenabriss und attestierte weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der Behandlungsabschluss sei am 10. April 2007 erfolgt, da die Beschwerdeführerin zur Nachkontrolle im Mai 2007 nicht mehr erschienen sei (Urk. 10/M3).

3.2???? Die MRI-Untersuchung der linken Schulter am 1. Oktober 2008 zeigte eine erhebliche Tendinose der in der Kontinuität erhaltenen distalen Supraspinatussehne mit wahrscheinlich zugehörigen feinen Verkalkungen im Rahmen der Degeneration. Im Übrigen ergab sie eine normale Darstellung der Rotatorenmanschette und des Labrums (inklusive der Bizepssehne) ohne Hinweis auf traumatische oder degenerative Veränderungen (Urk. 10/M20).

3.3???? Dr. A.____ berichtete am 9. Dezember 2008 von persistierenden, linksseitigen Schulterschmerzen, die aber weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit bedingen würden (Urk. 10/M4).

3.4???? Am 12. Mai 2010 berichtete Dr. A.____ über die erneute Behandlung der Beschwerdeführerin ab 9. April 2010 und hielt fest, diese klage über progrediente Schulterbeschwerden seit der Geburt ihres zweiten Kindes und der damit einhergehenden höheren Belastung des linken Armes. Er stellte folgende Diagnosen:

- Überwiegend myofaszial bedingtes Nacken-, Schulter und Armsyndrom links
- Haltunginsuffizienz
- Positives Impingement bei Nachweis kleinerer Verkalkungen der Supraspinatussehne
- Status nach Schulterdistorsion Ende März 2007

???????? Dr. A.____ attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 16. April 2010 (Urk. 10/M5).

3.5???? Das MRI der linken Schulter vom 25. August 2010 ergab eine kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne ganz distal-ventral mit unscharf begrenzten Rändern und eine Tendinopathie der langen Bizepssehne (Urk. 10/M14).

3.6???? Der an der Klinik B.____ tätige Dr. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte am 7. Oktober 2010 eine ventrodistale Supraspinatusläsion und eine klinisch symptomatische Acromioclaviculargelenksarthrose (Urk. 10/M12-13). Ob die MR-tomografische Signalalteration im Bereich der ventrodistalen Supraspinatussehne rekonstruktionswürdig sei, werde sich im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie zeigen (Bericht vom 4. November 2010, Urk. 10/M21 S. 1).

3.7???? Die Beschwerdeführerin holte bei Dr. Z.____ eine second opinion zur Frage der Unfallkausalität zwischen dem Ereignis vom Juni 2006 und den heutigen gesundheitlichen Störungen ein. Gestützt auf die Akten und seine am 8. Oktober 2010 durchgeführte Untersuchung der Beschwerdeführerin diagnostizierte er am 11. November 2010 (Urk. 11/K36) eine posttraumatische, kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne ganz distal ventral und eine Tendinopathie der langen Bizepssehne links bei Verdacht auf eine Pulley-Läsion nebst symptomatischen Arthralgien des linken Acromioclaviculargelenks. Die heutigen Schulterbeschwerden würden - so Dr. Z.____ - bildgebend eine Erklärung im MRI der linken Schulter vom 25. August 2010 finden. Die Unfallanamnese, die klar existierenden Brücken-Symptome - wie der von Dr. A.____ durchgeführte, schmerzhafte Jobe-Test -, der klinische Verlauf und die Lokalisation der Läsion in den beiden MRI's stimme mit einer ursprünglich traumatischen Ursache der Läsion der Rotatorenmanschette überein. Der Treppensturz im Juni 2006 mit Abduktion und Aussenrotation des linken Armes sei daher mit größter Wahrscheinlichkeit ursächlich für die jetzige Läsion der Supraspinatussehne wie auch der übrigen traumatischen Veränderung der linken Schulter (Urk. 11/K36 S. 10 f.).

3.8???? Dr. C.____ führte am 14. Januar 2011 eine diagnostische Arthroskopie mit Tenotomie und extraartikulärer Tenodese der langen Bizepssehne und Defilée-Erweiterung mit Acromioclaviculargelenksresektion durch. Er führte aus, die Rotatorenmanschette habe sich sowohl von intra- als auch von extraartikulär unauffällig gezeigt, so dass eine

Rekonstruktion zu keinem Zeitpunkt zur Diskussion gestanden habe (Urk. 10/M22).

3.9???? Die Beschwerdeführerin bat Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, am 22. März 2011 um eine Beurteilung der Kausalitätsfrage, worauf der Gutachter seine Expertise am 4. April 2011 erstattete (Urk. 10/M29-36). Dem Gutachten kann entnommen werden, dass in Bezug auf die Biomechanik des Ereignisses unterschiedliche Darstellungen vorliegen. Zum einen werde - so Dr. D.____ erklärend - von einem Sturz auf die Schulter gesprochen, zum anderen von einem Festhalten am Treppengeländer beim Versuch, den Sturz aufzufangen. Bei einem Direktanprall der Schulter komme es nicht zu einer Sehnenruptur, denn die Sehnen der Rotatorenmanschette würden geschützt unter dem Akromion respektive dem Schulterdach liegen. In diesem Fall sei maximal eine Quetschung des das Schultergelenk umhüllenden Deltamuskels mit eventuell reaktiver Entzündung des unter dem Muskel liegenden Schleimbeutels denkbar, wobei solche Verletzungsfolgen wieder abheilen. Eine Kontusion könne demnach nicht den Verlauf erklären, wie er sich bei der Beschwerdeführerin abgespielt habe, zumal keine Arbeitsunfähigkeit als Coiffeuse vorgelegen habe (S. 7).

???????? Gehe man theoretisch von einem klassischen Hyperabduktions-/Flexionsmechanismus aus, könne es zweifellos zur Ruptur der Supraspinatussehne kommen. Die Arbeit als Friseurin bedinge jedoch ein permanentes Arbeiten auf Schulterhöhe und stelle daher einen dauerhaften Provokationstest für die Rotatorenmanschette dar. Aus diesem Grund sei ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin mit einer frischen Sehnenruptur ihre Tätigkeit als Coiffeuse weiter hätte ausüben können (S. 7).

???????? Der Gutachter berichtete weiter, es habe weder eine unfallzeitnahe Konsultation stattgefunden noch sei eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ausserdem seien keine Schmerzmittel verschrieben worden und die Erstkonsultation sei ein Jahr nach dem Unfall erfolgt. Dies alles spreche gegen das Vorliegen von Brückensymptomen (S. 7). Im ersten MRI vom 1. Oktober 2008 sei keine Ruptur der Rotatorenmanschette festgestellt worden. Feine Verkalkungen im Sinne einer Degeneration seien jedoch ersichtlich gewesen. Dass eine Tendinitis calcarea bei der Tätigkeit als Friseurin zwangsläufig Schmerzen auslöse, könne nicht bestritten werden (S. 7). Die im Gutachten von Dr. Z.____ erhobenen Befunde würden weder bildgebend noch arthroskopisch mit dem, was real vorgelegen habe, korrelieren (S. 8). Auch die von ihm vermutete Bizepssehnenpathologie mit einer zusätzlichen Pulleylesion sei arthroskopisch nicht bestätigt worden (S. 7). Zusammenfassend könne gesagt werden, dass die gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom Juni 2006 zurückgeführt werden könnten (S. 8).

3.10?? In seiner Stellungnahme vom 30. Juli 2011 hielt der Gutachter Dr. D.____ an seiner Beurteilung fest, dass mit dem Ereignis vom Juni 2006 keine Rotatorenmanschettenruptur ausgelöst worden sei. Er führte aus, Dr. Z.____ habe in seiner second opinion ausschliesslich die Ergebnisse der MRI-Untersuchungen zitiert, in denen von einer Partialruptur ausgegangen werde. Den Operationsbericht der Klinik B.____ - dort werde explizit festgehalten, dass die Rotatorenmanschette intakt sei - habe er in seine Beurteilung nicht einbezogen. Wahrscheinlich habe sich unfallunabhängig eine Tendinitis calcarea entwickelt, die symptomatisch geworden sei und nun zum klinischen Bild eines Schulterschadens geführt habe (Urk. 10/M39).

E. 4.1

4.1.1?? Angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdef?hrerin nach dem formlosen Fallabschluss (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_506/2008 vom 5. M?rz 2009 E. 2) betreffend das Ereignis vom Juni 2006 - nebst kurzzeitigen medizinischen Abkl?rungen im Herbst 2008 (Urk. 10/M4 und Urk. 10/M20) - erst drei Jahre sp?ter in erneute ?rztliche Behandlung begab und w?hrend dieser Zeit eine uneingeschr?nkte Arbeitsf?higkeit bestand, hat die Mobiliar ihre erneute Leistungspflicht im Zusammenhang mit den seit der Geburt des zweiten Kindes der Versicherten im Januar 2010 (Urk. 11/K36 S. 2) verst?rkt aufgetretenen Schulterschmerzen (Urk. 10/M5) zu Recht nicht mehr im Rahmen des Grundfalls, sondern unter dem Blickwinkel eines R?ckfalls gepr?ft. Dies wird von der Beschwerdef?hrerin auch nicht beanstandet.

4.1.2?? Mit Bezug auf R?ckf?lle oder Sp?tfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des nat?rlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall und bei fr?heren R?ckf?llen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen k?nnen. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines nat?rlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als R?ckfall oder Sp?tfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalit?t mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Je gr?sser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeintr?chtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des nat?rlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E. 2.2 mit weiterem Hinweis).

???????? Nach der Rechtsprechung (Urteil des damaligen Eidgen?ssischen Versicherungsgerichts U 344/03 vom 9. Dezember 2004 E. 3.2.1) erh?lt sich bei Symptomen, die gleich oder ?hnlich geartet sind wie ein fr?heres, zwischenzeitlich weitgehend abgeklungenes oder verschwundenes Beschwerdebild, die kausale Signifikanz des Unfallereignisses beim Fehlen einer erkennbaren unfallspezifischen Sch?digung nur solange, als potentiell konkurrierenden Ursachen vern?nftigerweise keine vorrangige Bedeutung zugewiesen werden kann. Nachdem eine l?ngerdauernde Beschwerdefreiheit eingetreten ist, entf?llt die Massgeblichkeit des Unfalls mit Bezug auf das Vorhandensein der gesundheitlichen Beeintr?chtigung regelm?ssig. Beschwerdefreiheit allein ist freilich nicht grunds?tzlich mit dem Erreichen des Status quo sine gleichzusetzen, ansonsten R?ckf?lle schon rein begrifflich ausgeschlossen w?ren.

4.2???? Aufgrund der Akten ist erstellt, dass die Beschwerdef?hrerin nach dem Unfall gar keinen ?rztlichen Beistand in Anspruch nahm, sondern sich erstmals nach mehr als neun Monaten behandeln liess. Nach der Erstkonsultation - Dr. A.____ empfahl ihr dabei die Einnahme von entz?ndungshemmenden Medikamenten und die Applikation von Flectorpflastern - erschien sie zum Termin zur Nachkontrolle nicht mehr (Urk. 10/M3). Beweism?ssig kann dies nur so gewertet werden, dass keine dauernden Schmerzen mehr vorlagen, welche derart intensiv waren, dass die Beschwerdef?hrerin sich weiterhin h?tte behandeln lassen m?ssen. Entsprechend ging sie auch nach wie vor ihrer T?tigkeit als Friseurin nach.

???????? Die zum Unfallereignis zeitnahe bildgebende Untersuchung zeigte ausschliesslich degenerativ bedingte Ver?nderungen und eine regelrechte Darstellung der Sehnen ohne Hinweis auf traumatische Ver?nderungen (MRI vom 1. Oktober 2008, Urk.

10/M20). Erst das mehr als vier Jahre nach dem Unfallereignis angefertigte MRI der linken Schulter vom 25. August 2010 dokumentierte erstmals eine kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne (Urk. 10/M14). Von einer intakten Rotatorenmanschette berichtete wiederum Dr. C.____, der am 14. Januar 2011 eine Arthroskopie durchgef?hrte hatte (Urk. 10/M22).

??????? In ?bereinstimmung mit dem nachvollziehbaren und schl?ssigen Gutachten des Dr. D.____ ist aufgrund der dokumentierten Umst?nde - unabh?ngig davon, wie sich das Unfallereignis genau zugetragen hat (vgl. Urk. 10/M1-3 und Urk. 10/M32) - nicht von einem ?berwiegend wahrscheinlichen nat?rlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom Juni 2006 und den anfangs 2010 erneut beklagten Schulterschmerzen auszugehen. Echtzeitlich fanden sich keine Hinweise auf eine Sehnenl?sion oder -ruptur, wurde doch einzig eine degenerativ bedingte Gesundheitssch?digung dokumentiert. Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdef?hrerin nach der Erstkonsultation im M?rz 2007 keine weitere ?rztliche Hilfe in Anspruch nahm, eine dazumals durchgef?hrte physiotherapeutische Behandlung aufgrund der Aktenlage nicht ersichtlich ist und sie weiterhin als Coiffeuse t?tig war, ist anzunehmen, dass der organische Zustand der Schulter nach der beim Unfallereignis erlittenen Verletzung im Fr?hjahr 2007 wieder soweit hergestellt war, wie er auch dann gewesen w?re, wenn sich der Unfall niemals ereignet h?tte. Das anschliessend jahrelange behandlungsfreie Intervall - einzig unterbrochen durch die kurzzeitige medizinische Betreuung ohne (aktenkundig) l?ngerfristige Behandlungsmassnahmen im Herbst 2008 - und die erst seit dem Jahr 2010 bestehende Arbeitsunf?higkeit sprechen ausserdem gegen das Vorliegen von Br?ckensymptomen.

4.3???? Zusammenfassend kann damit vorliegend nicht gesagt werden, dass der kausalen Signifikanz des Unfallereignisses - beim Fehlen einer erkennbaren unfallspezifischen Sch?digung - eine vorrangige Bedeutung zugewiesen werden kann. Damit aber entf?llt grunds?tzlich die Massgeblichkeit des Unfalls mit Bezug auf das Vorhandensein der gesundheitlichen Beeintr?chtigung. Vielmehr ist in Einklang mit Dr. D.____ davon auszugehen, dass die degenerativen Ver?nderungen - mitbedingt durch die T?tigkeit als Friseurin - f?r die jetzt aufgetretenen Schulterbeschwerden verantwortlich sind (vgl. Urk. 10/M29-36 S. 7).

5.??????

5.1???? Die von der Beschwerdef?hrerin zitierte second opinion des Dr. Z.____ vom 11. November 2010 (Urk. 11/K36) gibt zu keiner anderen Beurteilung Anlass. Die darin wiedergegebene Einsch?tzung beruht auf den subjektiven Angaben der Beschwerdef?hrerin und blendet die echtzeitlichen objektiven Befunde, insbesondere die Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom Oktober 2008, aus. Dazumal wurde klar festgehalten, dass keine Ruptur der Supraspinatussehne vorliege und die Beschwerden auf eine Degeneration zur?ckzuf?hren seien. Unter diesen Umst?nden ist f?r die Beantwortung der Kausalit?tsfrage ein vier Jahre nach dem Unfall erstelltes MRI und die darin erstmals dokumentierte, nicht auf eine degenerative Ver?nderungen zur?ckzuf?hrende Sch?digung der Schulter nicht ausschlaggebend, zumal auch die behandelnden ?rzte der Klinik B.____ die Sehnenl?sion als nicht rekonstruktionsw?rdig klassifiziert hatten (Urk. 17/2). Damit bleibt unklar, wie Dr. Z.____ auf eine posttraumatische Verletzung schliessen konnte. Seine Beurteilung vermag auch vor dem Hintergrund, dass anl?slich der Arthroskopie vom 14. Januar 2011 eine intakte Rotatorenmanschette festgestellt werden konnte und die Beschwerdef?hrerin nach dem Unfallereignis jahrelang ihrer T?tigkeit als Coiffeuse ohne

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachging, nicht zu überzeugen. Angesichts dessen ist zudem das Ergebnis der im Dezember 2008 durchgeführten rotatorenmanschetten-spezifischen Untersuchung mit Hilfe des sogenannten Jobe-Tests (vgl. Urk. 10/M4) nicht auf nachweisbare organische Läsionen zurückzuführen, sodass nicht auf das Vorliegen von Brückensymptomen geschlossen werden kann.

5.2.1.1 Aus den genannten Gründen ist sodann der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die am 16. Juni 2011 als auch am 31. März 2012 zusätzlich durchgeführten MRI-Untersuchungen unbehelflich (Urk. 16-17/1 [vgl. Urk. 10/M37] und Urk. 23-24). Entsprechendes gilt auch für den Bericht des Physiotherapeuten der Beschwerdeführerin vom 16. September 2011 (Urk. 17/3), handelt es sich doch dabei um einen unzulässigen post hoc ergo propter hoc-Schluss (vgl. dazu BGE 119 V 335 E. 2 b bb).

5.3.1.1 Eine von der Beschwerdeführerin replicando thematisierte Berufskrankheit (Urk. 16) ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens. Immerhin ist jedoch anzumerken, dass vorliegend nur eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG in Betracht käme. Die Voraussetzung des ausschliesslichen oder stark überwiegenden Zusammenhangs gemäss dieser Bestimmung ist nach ständiger Rechtsprechung erfüllt, wenn die Krankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 183 E. 2b mit Hinweis). Dies erscheint bereits angesichts des Vorbringens der Beschwerdeführerin, wonach sich die Beschwerden seit der Geburt ihres zweiten Kindes und der entsprechend höheren Belastung des linken Arms akzentuiert hätten (Urk. 10/M5), als höchst fraglich. Dies umso mehr, als degenerative Veränderungen (vgl. 10/M20) - die zu den häufigsten Ursachen für Schulterbeschwerden zu zählen sind - erfahrungsgemäss nicht stark überwiegend auf berufsbedingte Überbelastungen zurückzuführen sind, sondern multifaktoriell verursacht werden.

6.1.1.1 Aufgrund der aktenkundigen medizinischen Beurteilungen und in Anbetracht des Fehlens von Brückensymptomen während eines Zeitraums von rund drei Jahren erscheint ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom Juni 2006 und den ab dem 9. April 2010 behandelten Schulterbeschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerdegegnerin hat demnach ihre Leistungspflicht zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1.1.1.1 Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.1.1.1 Das Verfahren ist kostenlos.

3.1.1.1 Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch

- Fürsprecher René W. Schleifer

- Bundesamt für Gesundheit

4.1.1.1 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.