

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00292 vom 21. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00292

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00292 du 21 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00292 del 21 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1955, arbeitete seit 1. Mai 1986 bei der Y., Z., als Sachbearbeiterin des internen Reisebüros und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 30. März 1989 beim Skifahren stürzte und sich eine distale Unterschenkelfraktur links zuzog (Urk. 7/1 Ziff. 1-6, Urk. 7/1a Ziff. 5). Für die Folgen dieses Unfalles erbrachte die SUVA die gesetzlichen Leistungen.

1.2. Am 8. Mai 2008 (Urk. 7/23) bejahte die SUVA die Rückfallkausalität von Sprunggelenksbeschwerden links und anerkannte ihre Leistungspflicht für eine Arthroskopie des linken Sprunggelenks (vgl. Urk. 7/20 und Urk. 7/29). Am 1. Juli 2008 (Urk. 7/33) erteilte sie sodann Kostengutsprache für eine Entfernung von Narbengewebe (vgl. Urk. 7/32 und Urk. 7/36).

1.3. Am 16. November 2009 meldete die Versicherte einen weiteren Rückfall, wobei sie Kopf- und Nackenschmerzen geltend machte (Urk. 7/45). Mit Schreiben vom 21. April 2010 (Urk. 7/56) verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht mit der Begründung, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 30. März 1989 und den gemeldeten Beschwerden. Nachdem sich die Versicherte am 19. April 2011 gegen diesen Entscheid gewandt und um Übernahme diverser Kosten ersucht hatte (Urk. 7/69/1-2), hielt die SUVA mit Verfügung vom 16. Mai 2011 (Urk. 7/71) an ihrem ablehnenden Entscheid fest.

Dagegen erhob die Krankenkasse der Versicherten 20. Mai 2011 Einsprache (Urk. 7/72/2), welche sie am 21. Juni 2011 zurückzog (Urk. 7/75). Die Einsprache der Versicherten vom 16. Juni 2011 (Urk. 7/74) wies die SUVA mit Entscheid vom 19. September 2011 (Urk. 7/79 = Urk. 2) ab.

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) ihre Leistungspflicht mit der Begründung, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden weder auf den Skiunfall vom 30. März 1989 noch auf die Entfernung des Osteosynthesematerials (OSM) vom 11. Juli 1990 zurückzuführen seien. Daher sei sie auch nicht gehalten, abzuklären, welche andere Ursache für die Beschwerden verantwortlich sei, beziehungsweise weitere medizinische Abklärungen zu tätigen (S. 8 unten).

2.2. Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, der geforderte Kausalzusammenhang könne von

diversen - einzeln genannten - Ärzten bestärkt werden und sei durch mehrere - einzeln genannte - ärztliche Berichte erstellt (S. 1 unten, S. 2 oben). Es gehe nicht an, dass wegen eines fehlenden Vermerks im Arztbericht in einem derart folgenschweren Fall keine Versicherungsleistungen bezahlt würden (S. 2 unten).

2.3 Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen dem Unfall vom 30. März 1989 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht.

E. 3

3.1 Am 30. März 1986 stürzte die Beschwerdeführerin beim Skifahren (Urk. 7/1 Ziff. 6). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags durch Dr. C. ___ und Dr. A. ___ im Spital B. ___, welche in ihrem Bericht vom 19. April 1989 eine distale Unterschenkelfraktur links diagnostizierten (Urk. 7/1a Ziff. 5) und eine Osteosynthese veranlassten (Ziff. 7).

Das Gleiche ergibt sich aus dem von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Prof. Dr. med. D. ___ und Dr. A. ___ vom 11. April 1989 (Urk. 3/1).

3.2 Am 10. Juli 1990 (Urk. 7/13) berichtete der behandelnde Arzt Dr. med. E. ___, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, der Verlauf sei soweit problemlos gewesen. Nach der am 11. Juli 1990 vorgesehenen OSM-Entfernung könne die Behandlung abgeschlossen werden. Zurzeit beständen im OSM-Bereich noch etwas Beschwerden. Auch gebe die Beschwerdeführerin Wetterfühligkeit an und habe beim in die Hocke Gehen etwas ziehende Beschwerden im Bereich des Unterschenkels (Ziff. 2).

Am 11. Juli 1990 führte Dr. E. ___ in der Klinik F. ___ die OSM-Entfernung durch (Urk. 7/17).

3.3 Am 4. Mai 2005 (Urk. 7/69/3) berichtete Chiropraktor Dr. G. ___. Als Diagnose nannte er ein chronisch rezidivierendes zervikozephalies Syndrom bei Blockierung C5/6. Er führte aus, dass am 6. April 2005 durchgeführte Röntgenaufnahmen eine im Lot stehende Wirbelsäule mit einer Abflachung der Lordose zeigten. Die Bandscheibendicke sei unauffällig. Eine Unkovertebralarthrose liege nicht vor. Auf dem Niveau C5 bestehe dorsal eine leichte Kalzifikation des Ligamentum nuchae. Die Beschwerdeführerin reagiere sehr gut auf die Chirotherapie.

3.4 Am 29. Mai 2008 wurde im Zentrum H. ___, Klinik I. ___, das linke obere Sprunggelenk der Beschwerdeführerin operiert (Urk. 7/29). Am 17. Juli 2008 wurden in der gleichen Klinik am linken Unterschenkel eine Narbenkorrektur und eine Adhäsionslyse durchgeführt sowie Metallsplinter entfernt (Urk. 7/36).

3.5 Am 16. November 2009 (Urk. 7/45) teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mit, sie sei nun wieder in Behandlung wegen ihrem Kopf und vor allem dem Hals/Nacken. Beim Skiunfall damals sei sie auch auf den Kopf gefallen und danach habe ihr der Hals kurz Schmerzen bereitet. Jedoch habe sie diese dann sofort überspielt, weil ihr Unterschenkel noch viel mehr geschmerzt habe. Die Schmerzen seien dann letztes Jahr erstmals aufgetreten. Damals habe sie das Universitätsklinikum J. ___ (J. ___) aufgesucht, wo eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels und des Halses durchgeführt worden sei. Aktuell sei sie in der Klinik L. ___ in Behandlung, wo neue Röntgenbilder erstellt worden seien und sie auch osteopathisch behandelt werde.

3.6. In seinem Bericht vom 21. April 2009 (Urk. 7/69/9-10) führte Prof. Dr. med. K. ___ vom Wirbelsäulenzentrum der Klinik L. ___ aus, die Beschwerdeführerin beklage Kopfschmerzen im okzipitalen Bereich, Augensymptome wie Doppelsehen und Schwindel (S. 1 Mitte). Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei gut und könne schmerzfrei getestet werden. Die Nervendehnungszeichen seien negativ und die Neurologie der oberen Extremität weise keine pathologischen Befunde auf. Die Palpation ergebe nur eine geringe Schmerzhaftigkeit (S. 1 unten). Radiologisch zeige sich eine Verkalkung im Ligamentum nuchae sowie eine Unkarthrose vorwiegend C4/5. Bei möglicher posttraumatischer Veränderung der Halswirbelsäule (HWS) sei die Durchführung einer Dopplersonographie sinnvoll (S. 2).

3.7. Am 11. Mai 2009 (Urk. 7/69/7-8) berichtete Dr. med. M. ___, Oberarzt Neurologie der Klinik L. ___, die diagnostische Einordnung des Schwindels sei aus neurologischer Sicht nicht eindeutig. Der neurologische Befund sei normal, ebenso der Dopplersonographische Befund der hirnersorgenden Gefäße. Als Ursache für den Schwindel sei eine erhebliche psycho-physiologische Komponente vorstellbar. Die chronischen Nackenschmerzen seien differential-diagnostisch im Rahmen der relativ wenig ausgeprägten degenerativen Veränderungen mit Unkarthrosen und einer erheblichen myofaszialen Komponente einzuordnen. Aus neurologischer Sicht seien zum jetzigen Zeitpunkt bei normalem MRI von Gehirn und HWS keine weiteren diagnostischen Massnahmen angezeigt.

3.8. In seinem Bericht vom 26. Februar 2010 (Urk. 7/52) führte Oberarzt Dr. med. N. ___, Leiter Schmerztherapie des Instituts für Anästhesiologie des J. ___, aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich einer telefonischen Konsultation über ein seit einer Spinalanästhesie nach Skiunfall und Osteosynthese bestehendes diffuses Beschwerdebild geklagt. In seiner Beurteilung gelangte Dr. N. ___ zum Schluss, ein Zusammenhang zwischen der chronischen subjektiven Beeinträchtigung und der nach dem Skiunfall stattgefundenen Anästhesie mittels Spinalpunktion im Sinne eines chronischen Liquor-loss-Syndromes sei in Anbetracht der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden nicht sehr wahrscheinlich. Die entsprechenden Symptome wie Nacken- und frontale Kopfschmerzen sowie Lageabhängigkeit hätten zu keinem Zeitpunkt in den letzten 20 Jahren bestanden. Ebenfalls seien keine vegetativen Symptome wie Nausea und Erbrechen aufgetreten. Sollte trotz fehlenden anamnestischen Hinweisen für ein Liquor-loss-Syndrom ein solches möglichst ausgeschlossen werden, schlage er ein Myelo-Computertomogramm (Myelo-CT) vor, wo allenfalls ein Leck sichtbar gemacht werden könnte (S. 1 unten, S. 2).

3.9. In seinem Bericht vom 22. März 2010 (Urk. 7/54) gelangte Dr. phil. O. ___, Neuropsychologe, welcher die Beschwerdeführerin gleichentags untersucht hatte, zum Schluss, dass die bei der Beschwerdeführerin aus neuropsychologischer Sicht feststellbaren und insgesamt als leicht bis mittelschwer zu bewertenden Aufmerksamkeitsdefizite sowie die allgemeine kognitive Verlangsamung im Rahmen einer Fatigue- und Schmerzsymptomatik zu bewerten seien (S. 2 unten).

3.10. In einem undatierten Bericht (Urk. 3/4) äusserte sich Dr. med. P. ___ von der Klinik Q. ___ zur Konsultation der Beschwerdeführerin vom 3. August 2010. Als Diagnose nannte er einen Status nach HWS-Distorsionstrauma im Rahmen eines Skiunfalles 1989. Er führte aus, bei der Beschwerdeführerin beständen seit 1989 Nackenbeschwerden. Die im Jahr 1990 durchgeführte Metallentfernung mit

Spinalanästhesie habe die Symptome zusätzlich verstärkt. Es stelle sich auch die Frage, ob es sich nicht um ein die HWS-Beschwerden überlagerndes chronisches Hypoliquorrhoe-Syndrom handle. Klinisch finde sich keine Druckdolenz, die Nackenmuskulatur und der Trapezius seien deutlich verspannt, die Funktion erscheine aber nicht eingeschränkt. Es sei auch keine Schmerzprovokation möglich.

3.11 Der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seiner vom 3. Mai 2011 (Urk. 7/70) datierenden Aktenbeurteilung fest, dass ereignisnah eine Verletzung der HWS oder des Kopfs beim Skiunfall vom 30. März 1989 nicht dokumentiert sei und auch die initiale Dokumentation bis und mit Entfernung des OSM am 11. Juli 1990 diesbezüglich keine Angaben enthalte. Nach dieser Metallentfernung sei der Fall abgeschlossen worden, eine weitergehende Behandlung oder weiterbestehende Beschwerden seien nicht dokumentiert. Ein Zusammenhang der heute bestehenden Beschwerden mit einer Spinalanästhesie vor über 20 Jahren sei äusserst unwahrscheinlich. Diesbezüglich sei die Rückfallkausalität abzulehnen, umso mehr als die verschiedenen neurologischen Beurteilungen keine organische Pathologie aufzuzeigen vermocht hätten. Ein Fingerzeig sei möglicherweise die neuropsychologische Beurteilung, in welcher expressis verbis auf eine Fatigue-Symptomatik hingewiesen und diese als die Beschwerden verursachend beurteilt worden sei (S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer weiteren Stellungnahme vom 11. Juli 2011 (Urk. 7/77) hielt Kreisarzt Dr. R.____ fest, dass ein Myelo-CT bei entsprechendem Verdacht formal die richtige Abklärungsmethode sei, bei der Beschwerdeführerin aber kein entsprechender Verdacht bestehe, da 20 Jahre nach einer Spinalanästhesie ein Liquor-loss-Syndrom nicht zu diskutieren sei.

E. 4

4.1 Festzuhalten ist, dass in keiner einzigen medizinischen Beurteilung ausgeführt wurde, es bestehe mit Sicherheit oder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Kopf-, Nacken- und Schwindelbeschwerden sowie den Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und dem im Jahre 1989 erlittenen Unfall. Dies geht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2 oben) insbesondere auch nicht aus den Berichten des Prof. D.____ (vorstehend E. 3.1), des Chiropraktoren Dr. G.____ (vorstehend E. 3.3), aus dem Bericht betreffend das CT der HWS vom 2. Juli 2010 (Urk. 3/3) sowie aus dem Bericht von Dr. P.____ (vorstehend E. 3.10) hervor.

4.2 In den Berichten der Ärzte des Spitals B.____ über die Behandlung unmittelbar nach dem Unfall (vorstehend E. 3.1) wurden keine Kopf- und/oder Nackenbeschwerden erwähnt. Die erstbehandelnden Ärzte hatten offensichtlich keine Veranlassung, im Bereich des Kopfs und/oder der HWS weitergehende Untersuchungen vorzunehmen oder zu veranlassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab dem 31. Juli 1989 war die Beschwerdeführerin vielmehr wieder voll arbeitsfähig, was sie anlässlich der mit der Beschwerdegegnerin geführten Telefongespräche vom 22. August 1989 explizit bestätigte (Urk. 7/5, Urk. 7/8). Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin dabei die Notwendigkeit einer zunächst vorgesehenen kreisärztlichen Untersuchung in Frage stellte (Urk. 7/5), spricht dagegen,

dass bereits damals die von ihr heute geklagten Beschwerden vorlagen. Entsprechende Beschwerden wurden sodann weder in den Berichten des behandelnden Arztes Dr. E.____ noch in den Berichten der Ärzte der Klinik I.____ aus den Jahren 1990 und 2008 (vorstehend E. 3.2) erwähnt.

4.3 HWS-Beschwerden sind erstmals im Bericht des Chiropraktoren Dr. G.____ vom Mai 2005 dokumentiert (vorstehend E. 3.3), wurden darin jedoch nicht mit dem vor rund 16 Jahren stattgehabten Unfallereignis in Verbindung gebracht. Der Beschwerdegegnerin gegenüber machte die Beschwerdeführerin sodann erst im Jahr 2009, mithin rund 20 Jahre nach dem Unfallereignis, Kopf- und HWS-Beschwerden geltend, wobei sie angab, diese seien letztes Jahr, mithin 2008, erstmals aufgetreten. Soweit Dr. P.____ später von seit 1989 bestehenden Nackenschmerzen berichtete (vorstehend E. 3.10), kontrastiert dies mit diesen rechtzeitig dokumentierten Tatsachen.

4.4 In Kenntnis der gesamten Aktenlage legte Kreisarzt Dr. R.____ in nachvollziehbarer und schlüssig begründeter Weise dar, dass ein Zusammenhang zwischen den heute bestehenden Beschwerden und sowohl dem Unfallereignis im Jahr 1989 als auch einer Spinalanästhesie vor über 20 Jahren äusserst unwahrscheinlich sei, umso mehr, als die verschiedenen neurologischen Beurteilungen keine organische Pathologie zum Vorschein gebracht hätten. Ereignisnah sei keine Verletzung der HWS oder des Kopfs ausgewiesen und nach erfolgter OSM-Entfernung im Juli 1990 seien keine weitergehende Behandlung oder weiterbestehende Beschwerden dokumentiert (vorstehend E. 3.11).

Die Beurteilung steht im Einklang mit der Aktenlage und vermag ohne Weiteres zu überzeugen. Eine gegenteilige ärztliche Beurteilung liegt nicht vor, womit der Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs, an welchen angesichts des grossen zeitlichen Abstands zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden strenge Anforderungen zu stellen sind (vorstehend E. 1.1), offensichtlich nicht erbracht ist. Bei den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden handelt es sich weder um einen Rückfall noch um Spätfolgen, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat.

Von der Befragung der von der Beschwerdeführerin namentlich genannten Ärzte (Urk. 1 S. 1 unten) sind keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (BGE 136 I 229 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3). Die medizinische Aktenlage ist für einen Entscheid ausreichend.

4.5 Ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden letztlich einer organischen Ursache zuzuschreiben sind, oder ob sie vornehmlich durch psycho-physiologische Komponenten geprägt (vgl. vorstehend E. 3.7) beziehungsweise im Rahmen einer Fatigue- oder Schmerzsymptomatik zu sehen sind (vgl. vorstehend E. 3.9), ist für die Frage der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unerheblich. Der Unfall von 1989 führte zu einer - längst abgeheilten - Unterschenkelverletzung, für deren Folgen die Beschwerdegegnerin Leistungen erbracht hat. Die von der Beschwerdeführerin heute geklagten Beschwerden sind nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, weshalb diesbezüglich keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. Daher hat die Beschwerdegegnerin entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) weder für die Kosten weiterer Untersuchungen und allfälliger Eingriffe an der Wirbelsäule sowie der inneren Organe noch für die

Kosten der von ihr durchgeführten Therapien aufzukommen.

4.6 Aus den dargelegten Gründen erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Damit ist auch der Antrag der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Entschädigung an ihren künftigen Arbeitgeber oder sie selbst abzuweisen, wobei zu bemerken ist, dass dafür ohnehin eine gesetzliche Grundlage fehlt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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.