

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00111

vom 18. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00111

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00111 du 18 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00111 del 18 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine Anspruchsaufhebende Tatfrage handelt,

liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

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 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom

19. April 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 16. Mai 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss, dieser sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin Leistungen zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2012 (Urk. 8) schloss die Beschwerde - gegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass gemäss den ärztlichen Stellungnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, dass das Unfallereignis vom 19. Mai 2011 nicht mehr Ursache des Gesundheitsschadens, wie er sich am 29. Februar 2012 präsentiert habe, darstelle, und der status quo sine vel ante spätestens

zu diesem Zeitpunkt er reicht gewesen sei (S. 7 Ziff. 3 lit. b).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Stand punkt (Urk. 1), er habe immer noch Schmerzen , weshalb weiterhin Leis tungen zu erbringen seien.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die über den 29. Februar 2012 hinaus beste henden Schulter- und Kniebeschwerden des Beschwerdeführers in rechtsgenüg lichem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 19. Mai 2011 stehen. 3. 3.1

Gemäss Akten machte der Beschwerdeführer am 19. Mai 2011 beim Aussteigen aus dem Tram einen Fehltritt, wobei er gemäss eigenen Angaben jedoch nicht gestürzt sei. Er verletzte sich dabei am Knie und an den Händen (Urk. 9/1, Urk. 9/11). 3.2

Nach seinen Fehltritt vom 19. Mai 2011 wurde der Beschwerdeführer am 21. Mai 2011 durch Dr. med. Y.____ , Innere Medizin und Nierenerkran kungen FMH, untersucht. Dieser nannte als Diagnose einen Verdacht auf eine Meniskusluxation nach Kontusion (Urk. 9/16 Ziff. 4) und führte aus, der Be schwerdeführer sei seit dem 19. Mai 2011 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsun fähig (Ziff. 8). 3.3

Mittels am 24. Mai 2011 in der Z.____ durchgeführter Magnetreso nanztomographie (MR I ; Urk. 9/27) des linken Knies konnte eine mukoide Dege neration des medialen Meniskus sowie weniger ausgeprägt auch lateral, hing e gen kein umschriebener Meniskusriss festgestellt werden.

3.4

Die Ärzte des A.____ , Chirurgische Klinik, berichtet en am 2 2. Juni 2011 (Urk. 9/32) und nannten nach am 21. Juni 2011 durchgeführter Arthro-MRI der linken Schulter (vgl. Urk. 9/52) folgende Diagnosen: - Unfall vom 19. Mai 2011 mit - Schulterdistorsion links (Verdacht auf SLAP-Läsion, Bursitis subdelto idea und subacromialis sowie Tendinosa Supraspinatussehne ohne Ruptur) - Kniedistorsion links mit intrameniskaler Kontusionszone am medialen Meniskus sowie klinischer Verdacht auf ein iliotibiales Bandsyndrom (Runner's Knee) - Handgelenkskontusion rechts

Sie führten aus, das vom Beschwerdeführer mitgebrachte MRI des linken Knies vom Mai 2011 zeige vor allem eine intrameniskale Läsion im Bereich des Hin terhorns ohne klare an die Oberfläche reichende Rissbildung. Im Arthro-MRI der linken Schulter zeige sich eine Tendinose der Supraspinatussehne ohne eigentli che Ruptur. 3.5

Die Ärzte de s A.____ , Chirurgische Klinik, berichteten am 29. August 2011 (Urk. 9/59) und nannten folgende Diagnosen: - Unfall vom 19. Mai 2011 mit - Bursitis subdeltoidea/subacromialis links - Kniedistorsion mit Verdacht auf Runner's Knee - Handgelenkskontusion rechts

Sie führten aus, die Wiederaufnahme der Arbeit sei seit dem 16. Juli 2011 wie der zu 100 % möglich (S. 2 oben). 3.6

Die Ärzte der B.____ , Orthopädie, berichteten am 26. Oktober 2011 (Urk. 9/70) und nannten folgende Diagnosen: - Schulterimpingement beidseits - Bizepstendinopathie Schulter links

Sie führten aus, es fänden sich symmetrische Schulterkonturen und keine Einschränkung der passiven Schulterbeweglichkeit. Anhaltspunkte für ossäre Läsionen gäbe es keine. Bei positivem Impingementzeichen werde mit dem Beschwerdeführer eine diagnostische und therapeutische subacromiale und glenohumerale Infiltration vereinbart. 3.7

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Kreisarzt der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), berichtete am 15. Februar 2012 (Urk. 9/88) über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. Februar 2012 und führte aus, beim Beschwerdeführer sei ein unauffälliger Barfussgang mit leichten Ausknicken des linken Knies während der Standphase in Varus möglich, wobei dieses Phänomen rechts deutlicher ausgeprägt sei. Im Stehen zeige sich ein Tiefstand der linken Beckenseite. Es finde sich annähernd eine symmetrische Silhouette des Schultergürtels mit etwas Hochstand der lateralen Clavicula. Die aktive Schulterbeweglichkeit sei symmetrisch, wobei sämtliche gängigen Schultertests linksseitig als schmerzhaft angegeben würden (S. 5).

Die MR-tomographische Abklärung des linken Knies habe einen geringen Gelenkerguss, daneben lediglich mukoide Degenerationen der Menisci gezeigt. Das später diagnostizierte runner's knee links sei einem Reiben und Springen des iliotibialen Bandes am lateralen Femurkondylus, was keiner unfallkausalen Schädigung entspreche. Anlässlich der anamnestischen Befragung bezeichne sich der Beschwerdeführer bezüglich des linken Knies als beschwerdefrei. Bei der klinischen Untersuchung werde eine Druckschmerzhaftigkeit über dem lateralen Rand des Femurkondyls angegeben, wobei das Gelenk selber ergussfrei und bandstabil sei. Am linken Knie lägen keine Folgen des Unfallereignisses vom 19. Mai 2011 vor, eine strukturelle Schädigung durch das Unfallereignis sei bei der MRI-Untersuchung am 24. Mai 2011 ausgeschlossen worden (S. 7 Ziff. 5 oben).

An der linken Schulter habe zu Beginn eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit bestanden, bei der späteren Arthro-MRI-Untersuchung hätten je doch ebenfalls keine klar unfallbedingten pathologischen Befunde erhoben werden können. Bei einer Tendinose der Supraspinatussehne sei eine begleitende Bursitis häufig vorhanden. Eine Teilläsion der Rotatorenmanschette habe nicht bestanden. Heute gebe der Beschwerdeführer zwar linksbetonte, jedoch beidseitige Schulterbeschwerden an. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich ein fast symmetrisches subacromiales Reiben im Bereich beider Schultergelenke. Die Beweglichkeit der Schultern sei symmetrisch und es ergäben sich keine Hinweise auf eine Partialinsuffizienz der Rotatorenmanschette (S. 7 f. Ziff. 5 unten).

Die Muskulierung der Arme beweise das Fehlen einer erheblichen funktionellen Auswirkung der Schulterbeschwerden links. Bei Fehlen struktureller Unfallfolgen im Arthro-MRI der linken Schulter vom 21. Juni 2011 sei gerade die Bilateralität der Schulterbeschwerden beweisend, dass die heute vorhandenen Schulterbeschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis vom 19. Mai 2011 zu rückgeführt werden könnten. Die Schulterprobleme beidseits seien auf degenerative Veränderungen zurückzuführen (S. 8 oben). 4. 4.1

Unmittelbar nach dem Unfallereignis im Mai 2011 standen beim Beschwerdeführer vor allem Beschwerden im linken Knie und in der linken Schulter im Vordergrund. Der erstbehandelnde Arzt Dr. Y.____ diagnostizierte einen Verdacht auf eine Meniskusluxation nach Kontusion. Mittels eines in der Folge am 24. Mai 2011 durchgeführten MRIs des

linken Knies konnte eine mukoid Degeneration des medialen Meniskus sowie weniger ausgeprägt auch lateral, hingegen kein umschriebener Meniskusriss festgestellt werden (E. 3.3). Weiter konnten mittels des am 21. Juni 2011 durchgeführten Arthro-MRIs der linken Schulter eine Tendinose der Supraspinatussehne ohne Ruptur, einen prominenten Recessus in kranialen Labrumanteilen ohne Nachweis für eine Labrumläsion sowie diskrete degenerative Veränderungen der AC-Gelenke festgestellt werden (Urk. 9/52). Die Ärzte des A.____ (E. 3.4-3.5) sowie die Ärzte der B.____ (E. 3.6) bestätigten diesen Befund.

Gemäss dem Bericht von Kreisarzt Dr. C.____ (E. 3.7) sei bei Fehlen struktureller Unfallfolgen im Arthro-MRI der linken Schulter vom 21. Juni 2011 insbesondere die Bilateralität der Schulterbeschwerden beweisend, dass die heute noch vorhandenen Schulterbeschwerden nicht mehr auf den Unfall vom 19. Mai 2011 zurückzuführen seien. Die beidseitigen Schulterprobleme seien vielmehr auf degenerative Veränderungen zurückzuführen. Auch die MR-tomographische Abklärung des linken Knies vom 24. Mai 2011 habe neben einem geringen Gelenkerguss lediglich mukoid Degenerationen der Menisken gezeigt. Eine strukturelle Schädigung durch das Ereignis sei ausgeschlossen worden. Das später diagnostizierte runner's knee links entspreche keiner unfallkausalen Schädigung und sei beim Knievarus des Beschwerdeführers konstitutionell gut erklärbar.

4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass der Bericht von Kreisarzt Dr. C.____ (Urk. 9/88) für die Beantwortung der gestellten Frage umfassend ist. Die Beurteilung berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. So machte Dr. C.____ darauf aufmerksam, dass sich im MRI des linken Knies ein auffallend breiter medialer Meniskus gezeigt habe, welcher mukoid degeneriert sei, jedoch keinen Riss aufgewiesen habe

(S. 7). Weiter bezog er ausdrücklich Stellung zu den radiologischen Befunden und führte aus, die konventionellen Röntgenbilder der linken Schulter und des rechten Handgelenks zeigten altersentsprechend unauffällige osteoartikuläre Verhältnisse (S. 6 unten). Einleuchtend ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation von Dr. C.____, dass die Muskulierung der Arme das Fehlen einer erheblichen funktionellen Auswirkung der Schulterbeschwerden beweise (S. 8 oben).

Dr. C.____ legte ausserdem plausibel dar, dass zu Beginn an der linken Schulter eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit vorgelegen habe, bei der Arthro-MRI-Untersuchung jedoch keine klar unfallbedingten pathologischen Befunde erhoben werden konnten und auch keine Teilläsion der Rotatorenmanschette bestanden habe. Er zeigte weiter in nachvollziehbarer Weise auf, dass bei einer Tendinose der Supraspinatussehne eine begleitende Bursitis häufig vorhanden sei (S. 7 Mitte). Überdies machte Dr. C.____ darauf aufmerksam, dass bei Fehlen struktureller Unfallfolgen im Arthro-MRI der linken Schulter gerade die Bilateralität der Schulterbeschwerden beweisend sei, dass die heute noch vorhandenen Schulterbeschwerden nicht mehr auf das Ereignis vom 19. Mai 2011 zurückgeführt werden könnten (S. 8).

Die ärztliche Beurteilung durch Dr. C.____ entspricht somit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. E. 1.5 und E. 1.6 hier vor) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Zudem wird die Beurteilung durch den

Bericht der

Ärzte des A.____ (E. 3.5) gestützt, indem diese die Wiederaufnahme der Arbeit bereits seit dem 16. Juli 2011 wieder als zu 100 % möglich erachteten.

Es liegen weder abweichende Einschätzungen noch Beurteilungen vor, welche die Schlussfolgerungen von Dr. C.____ in Frage zu stellen vermöchten, zumal sämtliche anderen medizinischen Berichte keine massgeblichen und somit auch keine von Dr. C.____ abweichende Kausalitätsaussagen enthalten. 4.3

Zusammenfassend ist auf die überzeugende, nachvollziehbare und ausführlich begründete Einschätzung von Kreisarzt Dr. C.____ abzustellen. Die vorliegenden medizinischen Akten erweisen sich als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden waren mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin per 29. Februar 2012 nicht mehr natürlich-kausal zum Unfallgeschehen vom 19. Mai 2011.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demnach als rechtmässig, womit die Beschwerde abzuweisen ist. 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).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Mosimann Schüpbach

E. 7

September 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld

zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch ent steht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Ein gliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.