

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00224 vom 29. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00224 du 29 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00224 del 29 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1957, ist Kadermitarbeiter bei der Y.____ GmbH und über diese bei der AXA Versicherungen AG

unfallversichert (Urk. 10/5). Am 18. Oktober 2011 erlitt er einen Selbstunfall, als er mit dem Fahrrad mit erheblicher Geschwindigkeit gegen ein Verkehrsschild prallte (Urk. 10/5, 10/M1). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals Z.____ diagnostizierten eine Rissquetschwunde der Augenbraue rechts, Schürfwunden an Oberlippe und Kinn, eine Kontusion der Halswirbelsäule (HWS), eine Schürfwunde am Knie links und eine Kontusion des Fusses links (Dig. I; Urk. 10/M1).

Ab dem 24. Oktober 2011 konnte X.____ die Arbeit wieder aufnehmen (Urk. 10/5). Für die Heilbehandlung kam die AXA auf.

Mit Schreiben vom 17. September 201

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

E. 1.2

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 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu. Soll jedoch ein Versicherungsfall ausschliesslich gestützt auf versicherungsinterne Beurteilungen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen: bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 125 V 351 E. b/ ee, 122 V 162 Erw. 1d).

E. 1.2.1

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 181 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 337 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 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2.2

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherer, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b). Der Unfallversicherer muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Bundesgerichts Urteil 8C_369/2008 vom 11. August 2008 E. 2.2.4).

E. 2

Dagegen liess X. am 17. September 2013 Beschwerde erheben und beantragen, es sei die AXA zu verpflichten, ihm weiterhin Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei ein unabhängiges Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Die AXA schloss in der Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 S. 2). Mit Replik vom 19. Mai 2014 hielt X. an seinen Anträgen fest (Urk. 18 S. 2). Mit Eingabe vom 10.

September 2014 reichte er ein MRI des lumbalen Wirbelsäulenbereichs aus dem Jahr 2003 ein (Urk. 24 , 25). Die AXA hielt in der Duplik vom 25. September 2014 ebenfalls an ihren Anträgen fest (Urk. 28). Am 6. Oktober 2014 nahm sie Stellung zum eingereichten MRI (Urk. 30-32). Zu dieser Stellungnahme liess sich X. ___ am 29. Oktober 2014 vernehmen (Urk. 33). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Zunächst ist auf die in der Beschwerde erhobenen formellen Einwände einzugehen.

E. 2.2

Die AXA stützte sich im Einspracheentscheid massgeblich auf die Einschätzung ihres beratenden Arztes,

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Chirurgie. Dessen Stellungnahme vom 13. August 2013 hatte sie im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholt. Der Beschwerdeführer wirft der AXA vor, ihre im „ Verfügungsverfahren “ getätigten medizinischen Abklärungen seien ungenügend gewesen. Die zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen habe sie in das Einspracheverfahren verschoben, was unzulässig sei. Über dies habe er zur versicherungsinternen Stellungnahme von Dr. A. ___ nicht vorgängig Stellung nehmen können (Urk. 1 S. 7).

Vor Erlass ihres Schreibens vom 17. September 2011 respektive der Verfügung vom 21. November 2011 holte die AXA bei den behandelnden Ärzten die erforderlichen Auskünfte ein. Zudem liess sie Dr. med. B. ___ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, von ihrem medizinischen Dienst zur Sache Stellung nehmen (Urk. 10/M1-15). Damit kam sie ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts, ATSG) hinreichend nach.

Das Einspracheverfahren dient der verfügenden Stelle dazu, den von ihr gefällten Entscheid erneut zu überprüfen (Kieser , ATSG-Kommentar, 2009, 2. Auflage, Art. 52 Rz 16). Dass die AXA in diesem Rahmen die Akten zusätzlich Dr. A. ___ unterbreitete, entspricht daher dem Sinn dieses Verfahrens und ist nicht zu beanstanden. Da es sich bei dessen Bericht um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt, welche lediglich die bereits erfolgte Einschätzung bestätigt, war die AXA auch nicht verpflichtet, dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur vorgängigen Stellungnahme einzuräumen (BGE 135 V 465 E. 4.2). Auch wenn von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, gälte diese als geheilt, konnte doch der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren umfassend Stellung nehmen und rechtfertigte sich angesichts der eindeutigen Aktenlage keine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin.

E. 2.3

Weiter rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung der Begründungspflicht (Urk. 1 S. 8 und 16). Diese Rüge erweist sich ebenfalls als unbegründet. Denn über die Tragweite des Einspracheentscheides lässt sich hinreichend klar ein Bild machen. Es werden die Überlegungen genannt, von denen sich die AXA leiten liess. Dass die Beschwerdegegnerin sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzte, ist ihr nicht vorzuwerfen, da sie sich über die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte ausliess (BGE 126 V 75 5 b/ dd). Die Möglichkeit zur sachbezogenen Anfechtung der Leistungseinstellung war folglich gewahrt, wie die Beschwerdeeingabe denn auch hinlänglich dokumentiert.

E. 3

.

E. 3.1

Materiell ist zu prüfen, ob die AXA zu Recht ihre Leistungen per 17. September 2012 eingestellt hat.

E. 3.2

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und der Brustwirbelsäule (BWS) sowie die

Hypästhesien an beiden Kleinfingern auf den Unfall vom 18. Oktober 2011 zurückzuführen sind. Unbestritten ist, dass die daneben bestehenden Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) degenerativ bedingt sind.

E. 4.1

Der Unfall vom 18. Oktober 2011 bewirkte keine organischen Schädigungen an der Halswirbelsäule (Urk. 10/M1, 10/M7, 10/M10). Dr. A.____ führte deshalb die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Beschwerden in diesem Bereich auf degenerative Veränderungen zurück (Urk. 10/M16). Zu diesem Schluss gelangte auch der behandelnde Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädie (Bericht vom

E. 4.2

Intermittierend leidet der Beschwerdeführer an Missempfindungen an den Kleinfingern. Gemäss Beurteilung von Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie, handelt es sich dabei um eine leichte Ulnaris-Reizsymptomatik ohne Hinweise auf eine zervikoradikuläre Problematik (Bericht vom

2

E. 5

April 2012, Urk. 10/M6). Davon abweichende ärztliche Beurteilungen bestehen nicht (vgl. auch Urk. 10/M9, 10/M13, 10/M14). Eine Unfallkausalität bezüglich der Beschwerden an der Halswirbelsäule zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung ist damit ohne Weiteres zu verneinen. Damit korrespondiert auch die Aussage des Beschwerdeführers im Schreiben vom

27. September 2012, wonach nun der Zustand der Halswirbelsäule gleich wie vor dem Unfall sei (Urk. 3/20 = Urk. 10/27).

E. 5.1

Kontrovers zwischen den Parteien ist sodann die Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden an der Brustwirbelsäule. Ein MRI der Brustwirbelsäule vom 2. April 2012 zeigte Deckplattenfrakturen der Wirbel BWK 10 und 11. Der Radiologe Prof. Dr. med. E.____ erklärte dazu, es handle sich um alte Einbrüche. Frische Frakturen nach dem Velosturz fänden sich nicht. Er erwähnte degenerative Veränderungen an der BWS (Urk. 10/M7). Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 26. April 2012 bestätigte den genannten Befund auf der Höhe BWK 10 und 11. Der Radiologe Prof. Dr. med. F.____ sprach von einem posttraumatischen Befund, ohne sich über den Zeitpunkt der Traumatisierung zu äussern (Urk. 10/M12). Demgegenüber kam Dr. B.____ zum Schluss, dass sich dieser Be

fund ohne Weiteres mit dem ausgeprägten thorakolumbalen Morbus Scheuermann erklären lasse. Jedenfalls sei eine Wirbelfraktur durch den Unfall vom

18. Oktober 2011 auszuschliessen, da unmittelbar danach keine Druckdolenz im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule bestanden habe (Urk. 10/M9, 10/M13, 10/M14).

E. 5.2

Dr. A.____

teilte, nachdem ihm das MRI vom 26. April 2012 zur Beurteilung vorgelegt worden war, die Ansicht, dass es sich bei den Deckplatteneinbrüchen BWK 10 und 11 um posttraumatische Frakturen handle (Urk. 10/M16) . Nach Einsichtnahme in die Bilder des Klinikums G.____ vom 24. März 2003 (Urk. 25) erklärte er , anhand der Röntgenbild er sei es nicht möglich, den Zeitpunkt der Entstehung der Frakturen zu bestimmen. Gegen eine Fraktur anlässlich des Unfalls vom 18. Oktober 2011 spreche , dass auf der Höhe BWK 10 bis 12 knöcherne Spangenbildungen beständen . Diese seien mit praktischer Sicherheit vorbestehend und hätten sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach einer Traumatisierung entwickeln können . Zudem seien zum Unfallzeitpunkt explizit Schmerzen im thorakalen und lumbalen Wirbelsäulenbereich verneint worden. Hätten Deckplattenfrakturen vorgelegen, wären diese äussert schmerzhaft gewesen (Urk. 31).

E. 5.3

Demgegenüber erklärte Dr. C.____ , er könne sich der Meinung, wonach die Frakturen bereits vor dem Unfall vom 18. Oktober 2011 bestanden hätten , nicht anschliessen. Die auf dem MRI vom 26. April 2012 sichtbaren Frakturen würden durchaus Zeichen aufweisen, welche typisch seien für eine nicht ganz frische, aber auch nicht alte Fraktur. Anamnestisch beständen beim Beschwerdeführer zudem keine größeren Unfälle mit Schmerzen am thorakalen Übergang (Urk. 3/23 = Urk. 10/45 Beilage 1).

Die konsolidierten Kompressionsfrakturen BWK 10 und 11 würden die bandförmigen Schmerzen in diesem Bereich hinlänglich erklären

(Urk. 10/M6). 6. 6.1

Die Rettungssanitäter, welche den Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall in das Spital Z.____ verbrachten, notierten auf dem von ihnen auszufüllenden Befunderhebungsblatt Beschwerden am Kopf und an der Halswirbelsäule , nicht aber an der Brust- und Lendenwirbelsäule (Urk. 10/M15). Die erst behandelnden Ärzte des Spitals hielten am Unfalltag ebenfalls eine Druckdolenz der Halswirbelsäule fest. Die Brust- und Lendenwirbelsäule beschrieben sie als druckindolent (Urk. 10/M1). 6.2

Aufgrund dieser beiden unabhängig voneinander erfolgten Bestandaufnahmen ist davon auszugehen, dass unmittelbar nach dem Unfall keine Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule bestanden. Daran ändern auch der Bericht der Osteopathin

H.____ vom 6. September 2013 und der Bericht des Physiotherapeuten I.____

vom 11. September 2013 nichts, die ausführten , anlässlich ihrer Untersuchung vom 28. Oktober 2011 respektive vom 6. Dezember 2012 habe der Beschwerdeführer eine Druckdolenz im Bereich BWK 10 bis 12 angegeben (Urk. 10/M17-18). 6.3

Da nach dem Unfall vom 18. November 2013 keine Dolenz im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule bestand, ist gestützt auf die Beurteilungen von Dr. A.____ und Dr. B.____

auszuschliessen, dass die Deckplattenfraktur en BWK 10 und

E. 9

Mai 2012, Urk. 10/M11). Die beratenden Ärzte der AXA , Dr. A.____ und Dr. B.____ , beurteilten diese Druckneuropathie als unfallfremd (Urk. 10/M13, 10/M16). Da von ging offenbar auch Dr. D.____ aus, da sie diese Diagnose, anders als das von ihr ebenfalls diagnostizierte thorakolumbale Schmerzsyndrom, nicht in den Zusammenhang mit dem Unfall v om 18. Oktober 2011 brachte (Urk. 10/M11). Wiederum bestehen keine ärztliche n Einschätzungen, die eine Unfallkausalität behaupten. Selbst wenn dem so wäre, wäre dies versicherungs rechtlich irrelevant. Eine Arbeits un fähigkeit besteht nicht, weshalb sich die Frage nach Taggeldern nicht stellt. Als Behandlung empfiehlt Dr. D.____

einzig das Vermeiden einer Druckeinwi rkung (Urk. 10/M11). Eine (kostenauslö sende) Heilbehandlung ist damit nicht verbunden . 5.

E. 11

bereits bestanden hatte n (Urk. 3/29, Urk. 10/M16, Urk. 31). Selbst wenn dies zu verneinen wäre, vermöchte der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten , da die Bilder zeitlich zu weit zurück liegen, als dass daraus in Bezug auf den Unfall vom 18. Oktober 2011 Rück schlüsse gezogen werden könnten. 7. 7.1

Doch auch bei Bejahung der Unfallkausalität erwiese sich die Einstellung der Leistungen als rechtmässig. Eine noch zu erwartende Verbesserung des Gesund heitszustandes reicht nicht aus, um auf den Fallabschluss zu verzichten. Taggeld und Heilbehandlung sind so lange zu gewähren, wie die prognostizierte Ver besserung noch namhaft ist, unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Die namhafte Verbesserung bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 115 E. 4.3). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, so wird der Fall in der Regel abzuschliessen sein, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (Bundesgerichtsurteile 8C_743/2009 vom 25. Februar 2010 E. 6.1.2 und

8C_432/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2). 7.2

Da der Beschwerdeführer seit dem 24. Oktober 2011 in der angestammten Tätig keit wieder voll arbeitsfähig ist (Urk. 10/M5) , ist der Fallabschluss per 17. Sep tember 2012 nicht zu beanstanden . Therapeutisch wurde noch eine Stärkung der Muskulatur empfohlen (Urk. 10/M 6). Der Beschwerdeführer nahm daraufhin denn auch ein Fitnesstraining auf (vgl. Urk. 10/21). Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine ärztliche Behandlung im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG, welche ein Hinausschieben des Fallabschlusses mit Prüfung der Rentenfrage begründen könnte (Bundesgerichtsurteil 8C_188/2010 vom 2 2. November 2010 E. 3.2). Gleich verhält es sich mit den klassischen Massagen, welche der Beschwerde führer

zum Zeitpunkt der Leistungs einstellung überdies zur Linderung der Be schwerden in Anspruch nahm (Urk. 19/3).

Ein Anspruch auf eine UVG-Invalidenrente besteht angesichts der fehlenden Erwerbseinbusse unbestrittenermassen nicht. Bereits aus diesem Grunde ent fällt auch die Übernahme von Heilbehan dlungskosten nach Massagebe von

Art. 21 UVG, welche Bestimmungen unter gewissen Voraussetzungen die Gewährung von Heilbehandlung nach Festsetzung einer Rente vorsieht (Bundesgerichtsurteil 8C_191/2011 vom 16. September 2011 E. 5.3).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Kick - AXA Versicherungen AG - 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 Der Gerichtsschreiber GräubSonderregger

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