

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00193 vom 1. Dezember 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00193](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00193)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00193 du 1 décembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00193 del 1 dicembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war als Arbeitnehmer und Inhaber bei der Y.\_\_\_\_ AG tätig (Urk. 8/Z1, Urk. 8/Z100) und damit bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) versichert, als er sich am 2. Mai 2011 bei einem Sturz auf der Treppe am linken Ellbogen und am linken Knie verletzte (Urk. 8/Z1).

Nach getätigten Abklärungen verneinte die Zürich mit Verfügung vom 19. Juli 2012 (Urk. 8/Z50) ihre Leistungspflicht für die Ellbogenbeschwerden links man gels Kausalzusammenhangs. Die vom Versicherten am 12. September 2012 erhobene Einsprache (Urk. 8/Z56) wies die Zürich nach eingeholtem bidisziplinären Gutachten (Urk. 8/ZM42-43) am 27. Juni 2014 ab (Urk. 8/Z100 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art.

### **E. 1.2**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % (Art.

### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwi schen 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**

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 publizierte 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 ). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art.

36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

#### **E. 1.6**

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 Vorak ten (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). 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 1. November 2014 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 27. Juni 2014 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm – eventuell gestützt auf ein einzuholendes medizinisches Gutachten – für die Folgen der durch den Unfall vom 2. Mai 2011 verursachten Schädigung am linken Arm die gesetzlichen Leistungen (Taggeld, Heilbehandlungskostenersatz, eventuell Rente und Integritätsschädigung) auszurichten (S. 2 oben).

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2014 (Urk. 7) beantragte die Züricher die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. Oktober 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es sei auf das von ihr eingeholte Gutachten abzustellen (S. 2 ff.); demnach sei es in Berücksichtigung der Krankengeschichte mit den vorbestehenden Beschwerden und dem zu kurzen Intervall zwischen Ereignis und Operation die nunmehr geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Unfallereignis ausgelöst worden, sondern vielmehr sei es durch einen damaligen Infekt zu einer Verschlechterung des bestehenden Schmerzzustandes gekommen (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, die im Jahr 2006 bestandenen Beschwerden am linken Ellbogen seien bis Sommer 2007 abgeklärt und behandelt worden, mithin seien sie bis Ende 2007 vollständig abgeklungen, und er sei seit Ende 2007 bis zum Unfall vom 2. Mai 2011 beschwerdefrei gewesen (S. 3). Zudem sei das eingeholte Gutachten – aus näher dargelegten Gründen – mangelhaft (S. 6 ff.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die noch bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers nicht Folge des Unfalls vom Juni 2011 waren. 3. 3.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2005 über spontane mediale Ellbogenbeschwerden links geklagt hatte, welche seit Februar 2006 exazerbiert hatten (vgl. Urk. 8/ZM31 S. 1). Am 7. Juni 2006 erfolgte in der Klinik Z.\_\_\_\_ eine Ellbogenarthroskopie sowie eine Plicaresektion

posterokranial (Urk. 8/ZM22), was jedoch nicht zu einer Besserung der Beschwerden führte. PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. März 2007 (Urk. 8/ZM31) eine Neuropathie Nervus

ulnaris bei wechselseitigem geringgradigem

Snapping

Triceps

sowie eine Epicondylopathia

ulnaris links (S. 1) und erläuterte die Möglichkeit eines chirurgischen Eingriffs, mit welchem die Chancen auf eine Verbesserung der Beschwerden bei 80 % lägen (S. 2). Am 27. August 2007 erfolgte in der Klinik Z.\_\_\_\_ eine Konsultation, in welcher die Ärzte davon

ausgingen, dass eine Operation (Vorverlagerung des Nervus

ulnaris ) sich nicht aufdränge, woraufhin der Beschwerdeführer in Anbetracht der jeweils langwierigen Rehabilitation nach vorgegangenen Operationen eine Bedenkfrist wünschte (Urk. 8/ZM35). Nach Lage der Akten erfolgte später keine Operation und auch die Therapieversuche in der Klinik Z.\_\_\_\_ wurden abgebrochen (vgl. Urk. 8/ZM21 S. 1). 3.2

Am 7. Juni 2011 wurde eine Unfallmeldung erstattet (Urk. 8/Z1). Darin wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 2. Mai 2011 von der Treppe gestürzt und auf die linke Körperseite gefallen. Betreffend Art der Verletzung wurden folgende Stichworte genannt: linkes Knie, linker Ellbogen. Bewegungen seien nur noch unter Schmerzen möglich. 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Chefarzt Chirurgie, C.\_\_\_\_ , D.\_\_\_\_ , versorgte am 3. Juni 2011 operativ eine Epicondylitis

humero - ulnaris links analog Hohmann (Urk. 8/ZM7). Zuhanden der Beschwerdegegnerin berichtete er am 17. August 2011 (Urk. 8/ZM4) von persistierenden Schmerzen im linken Arm (Ziff. 1) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 9. bis 24. Juli 2011 und hernach eine solche im Umfang von 70 % bis 30. September 2011 (Ziff. 3). 3.4

Aufgrund fortbestehender Beschwerden, welche als Ulnarissymptomatik vermutet, jedoch bildgebend nicht objektiviert werden konnten, wurde am 10. Oktober 2011 in der C.\_\_\_\_ eine Revision mit Narbenexzision und eine

Neurolyse des Nervus

ulnaris links durchgeführt (Urk. 8/ZM7). 3.5

Vom 14. bis 25. November 2011 weilte der Beschwerdeführer stationär im Spital E.\_\_\_\_ , wo aufgrund einer Wundinfektion am linken Ellbogen am

14. (vgl. Operationsbericht vom 17. November 2011, Urk. 8/ZM13) und am

23. November 2011 (vgl. Operationsbericht vom 24. November 2011, Urk. 8/ZM12) Folgeoperationen

durchgeführt wurden ( vgl. Austrittsbericht vom 28. November 2011; Urk. 8/ZM14) .

Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 12. Januar 2012 (Urk. 8/ZM16). 3.6

Am 14. Dezember 2011 begründete Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3) gegenüber der Beschwerdegegnerin, weshalb aus seiner Sicht der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen aus der Unfallversicherung haben sollte (Urk. 8/ZM18). Dabei führte er aus, dass die beiden Fälle von 2006 und 2011 auseinandergehalten werden müssten. Nach der operativen Versorgung am linken Ellbogen im Juni 2006 habe sich der Beschwerdeführer von diesem Leiden nicht vollständig erholen können. Hingegen habe er sich bei einem Sturz im Frühling 2011 wiederum am Ellbogen verletzt und es sei in der Folge zu einer traumatischen Epicondylitis

humero

ulnaris links gekommen, was nach Versagen der konservativen Therapien am 3. Juni 2011 zu einer Epicondylitis -Operation mit Denervation analog Hohmann geführt habe . 3.7

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, gelangte in seiner Beurteilung vom 18. April 2012 (Urk. 8/ZM21) zum Schluss, dass mit Verweis auf Dr. A.\_\_\_\_, welcher bereits am 13. März 2007 eine Epicondylitis diagnostiziert habe, ein gut dokumentierter Vorzustand mit einer Operationsindikation bestanden habe. Zwischen dem Unfall vom 5. Mai 2011 und der Operation vom 6. Juni 2011 bestehe eine Zeitspanne von vier Wochen. Eine Operationsindikation bei einer Epicondylitis werde nicht nach dieser kurzen Zeit gestellt. Viel mehr würden im Voraus diverse konservative Therapien ausprobiert, und eine Operation werde erst notwendig, wenn diese Massnahmen keinen Erfolg zeigen würden. Dies lasse darauf schliessen, dass vor dem Unfallereignis schon massive Beschwerden am linken Ellbogen bestanden hätten, welche nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien (S. 2). 3.8

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 28. August 2012 (Urk. 8/ZM36/1) an seiner Einschätzung fest, wonach die Unfallkausalität feststehe und der Beschwerdeführer sich nach dem Treppensturz vom 2. Mai 2011 eine traumatische Epicondylitis

humero

ulnaris links zugezogen habe. 3.9

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete anlässlich der am 30. September und 1. Oktober 2012 durchgeführten Verlaufskontrollen am 19. Oktober 2012 (Urk. 8/ZM38/1) über persistierende Restbeschwerden am linken Ellbogen mit Schmerzen und Sensibilitätsstörung. Die veranlasste bildgebende Untersuchung habe eine regrediente

intratendinöse Flüssigkeitskollektion, narbige Veränderungen mit Metallabrieb, aber insgesamt einen

regredienten Befund und keinen Hinweis auf ein Impingement des Nervus

ulnaris gezeigt. Er verordnete dem Beschwerdeführer intensive Physiotherapie mit Muskelaufbautraining und erachtete eine lokale Infiltration in das linke Ellbogengelenk als zusätzliche therapeutische Massnahme. 3.10

Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital E.\_\_\_\_, gab in seinen Stellungnahmen vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/ZM40) und vom 10. Januar 2013 (Urk. 8/ZM41) gegenüber der Beschwerdegegnerin Auskunft über die Knie- und Ellbogenbeschwerden sowie die Arbeitsunfähigkeiten des Beschwerdeführers. Dabei führte er aus, dass der Beschwerdeführer betreffend die Ellbogenschmerzen links an gebe, dass er schmerzempfindlicher geworden sei, wobei sich der Grundschmerz nicht verändert habe. Bei der Ellbogensymptomatik könne angenommen werden, dass eine sympathisch unterhaltene Schmerzproblematik vorhanden sei. Aus medizinischen Gründen sei der Beschwerdeführer vom 25. Dezember 2011 bis 7. Mai 2012 vollständig und hernach zu 30 % arbeitsunfähig gewesen. 3.11.1

Am 11. Dezember 2013 erstatten die Ärzte des H.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene bidisziplinäre (neurologische/orthopädische) Gutachten (nachfolgend: H.\_\_\_\_-Gutachten; Urk. 8/ZM42-43). Dabei stützten sich die Gutachter auf die ihnen zur Verfügung gestellten Akten sowie auf die Befragungen und Untersuchungen des Beschwerdeführers. 3.11.2

Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 8/ZM42) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 8.1): - c hronifizierte Schmerzen medialer Ellbogen links - Complex Regional Pain Syndrom Typ I - Allodynie im Narbenbereich - intermittierendes sensibles Reizsyndrom des Nervus

ulnaris links Die Gutachter führten aus, aktuell leide der Beschwerdeführer an einer Überempfindlichkeit im Bereich des linken medialen Ellbogens. Diese trete bereits bei leichter Berührung auf und sei am geringsten in 30° Flexion des linken Ellbogens. Dabei träten immer wieder Kribbelparästhesien im Ring- und Kleinfinger auf (S. 10 Ziff. 3). In ihrer Beurteilung hielten sie sodann fest, der Beschwerdeführer leide an einer Allodynie (Überempfindlichkeit) im Narbenbereich am medialen Ellbogen und an einem intermittierenden sensiblen Reizsyndrom des Nervus

ulnaris . Zwischen dem Unfallereignis und der Operation bestehe eine Zeitspanne von vier Wochen. In der Literatur werde grundsätzlich ein operatives Vorgehen erst nach Versagen der konservativen Möglichkeiten nach 6-12 Monaten empfohlen, da in bis zu 90 % der Fälle in diesem Zeitraum die Beschwerden sistieren würden. Vier Wochen seien nach ihrer Ansicht eine kurze Zeit, um eine Operationsindikation bei einer Epicondylopathia

ulnaris zu stellen. Im Sprechstundenbericht von Dr. B.\_\_\_\_, datiert vom 17. Mai 2011, werde allerdings eine Leidenszeit von 8 Wochen dokumentiert. Somit scheine der Beginn der Symptome deutlich vor dem Unfallereignis zu sein, mithin seien die Beschwerden bereits vor dem Sturz vorhanden gewesen. Darüber hinaus lasse sich in der Literatur kein Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer Epicondylopathia

ulnaris finden. Hier bei handle es sich um einen Reizzustand mit Gewebsveränderung der Sehnen ätze, verursacht durch eine Überbelastung. Zusammenfassend sei von einem ähnlichen Zustand wie im Jahr 2006 mit den Beschwerden des linken Ellbogens wie vor dem Unfall vom 2. Mai 2011 auszugehen. Die aktuellen Beschwerden seien nicht mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis ausgelöst worden, sondern durch den Infekt mitbedingt wieder aufgetreten, respektive es sei zu einer Verschlechterung eines vorbestehenden Schmerzzustandes im Sinne einer conditio sine qua non gekommen (S. 14 f.).

Es liege zudem aus orthopädischer Sicht keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität vor (S. 17). 3.11. 3

Im neurologischen Teilgutachten (Urk. 8/ZM43) wurde als Befund eine streifenförmige Hypästhesie im Bereich des V. Fingers palmarseitig links sowie eine Allodynie in einem Areal um die Narbe im Bereich des linken medialen Ellbogens genannt. Der weitere neurologische Untersuchungsbefund sei unauffällig, insbesondere fänden sich auch in der detaillierten Prüfung keine Paresen, vor allem nicht in der Ulnaris - versorgten Handmuskulatur links (S. 8 f. Ziff. 3). Der neurologische Gutachter nannte als Diagnose ein intermittierendes sensibles Reizsyndrom des Nervus

ulnaris links sowie eine Allodynie im Narbenbereich des medialen Ellbogens links (S 9 Ziff. 4).

In seiner Kausalitätsbeurteilung hielt er fest, der Beschwerdeführer beschreibe die aktuellen Beschwerden seit dem Unfallereignis vom 2. Mai 2011. Gemäss den vorliegenden Unterlagen hätten jedoch gleichartige Beschwerden im Versorgungsgebiet des Nervus

ulnaris bereits in den Jahren 2006 und 2007 bestanden. Diese seien Gegenstand wiederholter chirurgischer, orthopädischer und neurologischer Abklärungen gewesen. Die aktuellen neurologischen Beschwerden im Sinne eines Reizzustandes des Nervus

ulnaris könnten nur möglicherweise im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Mai 2011 stehen, mithin könne die Kausalität medizinisch-neurologisch nicht eindeutig bejaht oder verneint werden. In der Tat könne eine Irritation des Nervus

ulnaris durch das Trauma im Bereich des linken Ellbogens vom Mai 2011 entstanden sein. Andererseits sei eine chronische Reizung mit Schädigung des Nervus

ulnaris im Bereich des Ellbogens sehr häufig und der Beschwerdeführer habe bereits in den Jahren 2006 und 2007 vergleichbare Beschwerden geschildert, so dass die Kausalität nicht eindeutig zu bejahen sei. Zwischen den zurzeit noch vorhandenen neurologischen Beschwerden und dem Unfall bestehe somit nur ein möglicher Zusammenhang (S. 9 f.). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit verneinte der Gutachter neurologische Einschränkungen (S. 11). 4. 4.1

Den medizinischen Akten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer mit Beginn Juni 2005

an spontanen Ellbogenschmerzen litt, welche seit Februar 2006 exazerbiert hatten, weshalb der linke Ellbogen am 7. Juni 2006 mit einer Ellbogenarthroskopie saniert wurde. Da die Beschwerden jedoch blieben, diagnostizierte Dr. A. \_\_\_ eine Epicondylopathia

ulnaris und schlug einen operativen Eingriff vor, welchen der Beschwerdeführer jedoch vorerst ablehnte, um es mit konservativer Therapie in der Klinik Z. \_\_\_ zu versuchen (vgl. vorstehend E. 3.1).

Unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 2. Mai 2011 diagnostizierte Dr. B. \_\_\_ primär eine Epicondylitis

ulnaris links und versorgte diese sogleich operativ am 3. Juni 2011, mithin einen Monat später (vgl. vorstehend E. 3. 3). Fortbestehende Beschwerden, welche als Ulnarissymptomatik vermutet wurden, machten in der Folge zusätzliche Operationen notwendig (vgl. vorstehend E. 3.4-5). 4.2

Die Ausführungen im H. \_\_\_ -Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.11) sind vor dem Hintergrund der vorstehend zusammengefassten Fakten plausibel und nachvollziehbar. Insbesondere haben die Gutachter zu Recht darauf hingewiesen, dass aufgrund der Akten ein Vorzustand bestanden hat, welcher Gegenstand wiederholter medizinischer Abklärungen gewesen war. Ausserdem leuchtet ebenso ein, dass aufgrund der kurzen Latenzzeit zwischen dem Unfallereignis und der Operation (lediglich vier Wochen) von einer vorbestehenden Problematik auszugehen ist, da mit Verweis auf die Literatur ein operatives Vorgehen erst nach Erschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten empfohlen wird, mithin wenn alle anderen Behandlungsmassnahmen zu keinem dauerhaften Erfolg geführt haben. Diese Beurteilung steht auch im Einklang mit der Einschätzung von Dr. F. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.7), welcher ebenfalls die kurze Operationsindikation hinterfragte und unter anderem auf den Bericht von Dr. A. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.1) verwies, somit ebenfalls auf vorbestehende Beschwerden schloss. Darüber hinaus hielt er die orthopädischen Gutachter im H. \_\_\_ -Gutachten fest, es lasse sich in der Literatur kein Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer Epicondylopathia

ulnaris finden, da es sich hierbei um einen Reizzustand mit Gewebsveränderung der Sehnenansätze handle, verursacht durch eine Überbelastung ( vgl. vorstehend E. 3.11.1). Mit anderen Worten schlossen sie eine traumatische Ursache aus.

Der neurologische Gutachter erachtete demgegenüber eine traumatische Genese der heutigen Irritation des Nervus

ulnaris zwar als möglich, wies aber darauf hin, dass eine chronische Reizung mit Schädigung des Nervus

ulnaris im Bereich des Ellbogens sehr häufig sei und der Beschwerdeführer dies bereits in den Jahren 2006 und 2007 geschildert habe, womit die bestehenden neurologischen Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 2. Mai 2011 zurückzuführen seien (vgl. vorstehend E. 3.11.2). Ge stützt auf das

H.\_\_\_\_ - Gutachten ist somit nicht rechtsgenügend erstellt, dass die noch vorhandenen Beschwerden des Beschwerdeführers auf das Unfallereignis vom 2. Mai 2011 zurückzuführen sind.

Die Schlussfolgerungen de r Gutachter

erfüllt darüber hinaus auch alle praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1. 6 ), so dass darauf abgestellt werden kann. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen, sind nicht zu finden. 4.3

Insbesondere vermögen die Berichte des behandelnden Arztes, Dr. B.\_\_\_\_ , die Einschätzungen der Gutachter nicht zu erschüttern.

Dr. B.\_\_\_\_ g ing von einer traumatischen Epicondylitis

aus, welche sich der Beschwerdeführer nach dem Treppensturz am 2. Mai 2011 zugezogen habe.

Diesbezüglich muss er sich aber entgegenhalten lassen, dass er am 14. Dezember 2011 der Beschwerdegegnerin selber berichtet hatte, der Beschwerdeführer habe sich nach der operativen Versorgung am linken Ellbogen im Juni 2006 von diesen Leiden nicht vollständig erholen können (vgl. vorstehend E. 3.6), weshalb folglich von einem Vorzustand auszugehen ist . Dies wurde schliesslich

auch im Operationsbericht vom 3. Juni 2011 festhalten, wonach der Beschwerdeführer seit längerer Zeit eine therapieresistente Epicondylitis

humero-ulnaris beklage (Urk. 8/ZM6) und im Operationsbericht vom 10. Oktober 2011 wurde ebenfalls eine hartnäckige Epicondylitis genannt, die operativ versorgt worden sei (Urk. 8/ZM7). Im H.\_\_\_\_ -Gutachten wurde diesbezüglich auch nachvollziehbar ausgeführt, es bestehe ein gut dokumentierter Vorzustand mit beginnender Symptomatik im März 2006, welcher mit der jetzigen Symptomatik vergleichbar erscheine, womit auch die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ , die beiden Fälle von 2006 und 2011 seien auseinanderzuhalten (vgl. vorstehend E. 3.6) , widerlegt ist.

Ebenso wenig verfährt in diesem Lichte der Einwand des Beschwerdeführers, wonach aufgrund eines Missverständnisses in der Kommunikation oder eines Verschriebs Dr. B.\_\_\_\_

am 17. Mai 2011 die Beschwerden am linken Ellbogen irrtümlich als bereits seit acht Wochen (vor der Operation im Juni 2011) bestehend in die Krankenakte eingetragen habe

(Urk. 1 S. 4 mit Verweis auf Urk. 8/ZM39/5). Im gleichen Eintrag schrieb der behandelnde Arzt auch, dass betreffend der Epicondylitis eine Infiltration vorgenommen worden sei und ein Feedback in zirka drei Wochen erwartet werde. Diese drei Wochen wurden aber gerade nicht abgewartet, sondern es wurde nach einer Latenzzeit von lediglich

#### **E. 6**

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 8**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

#### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

#### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 17**

Tage n zur Operation geschritten, weshalb doch erhebliche Zweifel an den Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ bestehen, welcher erst nach Versagen der konservativen Therapien die Operation durchgeführt haben wollte (vgl. vorstehend E. 3.6), zumal auch die Gutachter im H.\_\_\_\_-Gutachten mit Verweis auf die Literatur von einer frühestmöglichen Operation nach 6-12 Monaten ausgingen (vgl. vorstehend E. 3.11.1). Vielmehr geht aus dem erhellenden Operationsbericht vom 3. Juni 2011 (vgl. Urk. 8/ZM6)

klar hervor, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit eine therapieresistente Epicondylitis

umero-ulnaris

beklagte, die nur kurzfristig mit „langwierigen“

therapeutischen Massnahmen

einigermassen kontrolliert werden konnte (vgl. Urk. 8/ZM6), was klar gegen die zeitliche Darstellung des Beschwerdeführers beziehungsweise von Dr. B.\_\_\_\_ spricht. 4.4

Das Argument des Beschwerdeführers, dass er vor dem Unfall noch keine Beschwerden am linken

Ellbogen gehabt habe (Urk. 1 S. 4), vermag für sich allein keine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ursache zu begründen. Denn aus dem Fehlen einer

gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall kann praxisgemäss (BGE 119 V 335 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_614/2007 vom 10. Juli 2008, E. 4.1.2 mit Hinweisen auf neuere Entscheide) nicht auf die Unfallkausalität von hernach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden (Formel „post hoc ergo propter hoc“). 4.5

Insgesamt ist gestützt auf die Schlussfolgerung im H.\_\_\_\_-Gutachten sowohl möglich, dass die Beschwerden am linken Ellbogen vom Unfall vom 2. Mai 2011 herrühren, als auch, dass sie vorbestehend krankheitsbedingt sind, ohne dass eine der beiden Varianten eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. Mai 2011 ist demnach zu verneinen. Jedenfalls ist ein solcher Zusammenhang nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, und die blosser Möglichkeit vermag keinen Leistungsanspruch zu begründen.

Anlass zur Anordnung von weiteren medizinischen Abklärungen besteht nicht, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d).

Aus den genannten Gründen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneint hat. Demzufolge ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. Juni 2014 (Urk. 2) abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Zürich  
Versicherungs-Gesellschaft 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  
Mosimann  
Brühwiler

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