

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00197 vom 29. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00197 du 29 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00197 del 29 marzo 2016

Erwägungen

E. 1.1

Der 1969 geborene X.____ arbeitete als Assistenzarzt im Y.____ und war dadurch bei den Winterthur Versicherungen (heute: AXA Versicherungen AG [AXA]) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 23. Dezember 2003 von einem Auto angefahren wurde (Unfallmeldung UVG vom 12. Januar 2004, Urk. 11/ A 1). Die erst behandelnden Ärzte des

Y.____ diagnostizierten eine Kontusion und Schürfwunden am Ober- und Unterschenkel rechts sowie an der linken Ferse (Bericht vom 13. Januar 2004, Urk. 11/M1). Der nachbehandelnde Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, schloss die Behandlung am 18. März 2004 ab (Bericht vom 9. November 2004, Urk. 11/M3). Im November 2004 suchte X.____

wegen erneut auftretenden Schmerzen nach Belastung die A.____ Klinik auf. Ein MRI der rechten Hüfte vom 19. Januar 2005 zeigte ein anterolateral kurzstreckig verkürztes Labrum mit Einriss an der Basis kapselseitig und Zeichen einer leichten chronischen Bursitis trochanterica (Bericht vom 9. November 2004, Urk. 11/M2, und Bericht vom 2. Februar 2005, Urk. 11/M5). Im August 2006 gab die AXA bei PD Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leiter des Hüftteams der Uniklinik C.____, ein Gutachten in Auftrag, welches dieser am 10. November 2006 erstattete (Urk. 11/ A28 und Urk. 11/M20). Am 23. Juni 2007 verfasste Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, beratender Arzt der AXA, eine Stellungnahme (Urk. 11/M24). Am 21. November 2008 wurde von PD Dr. B.____ eine Hüftarthroskopie mit Débridement Pfannenrand 12-15 Uhr und Taillierung des Kopf-Hals-Übergangs rechts vorgenommen (Urk. 11/M39). Nachdem am 6. Januar 2009

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie und für Intensivmedizin, beratender Arzt der AXA, Stellung zum Gesundheitszustand von X.____ genommen hatte (Urk. 11/M40), liess sich PD Dr. B.____ hierzu am 28. Januar 2009 vernehmen (Urk. 11/M41). In der Folge legte Dr. E.____ am 3. März (Urk. 11/M42) und am 5. Mai 2009 (Urk. 11/ M54) erneut seine Einschätzung dar, worauf die AXA mit Verfügung vom 25. Juni 2009 ihre Leistungen per 21. November 2008 einstellte (Urk. 11/ A 121). Hiergegen liess X.____ am 19. August 2009 Einsprache erheben (Urk. 11/ A 132). In der Folge nahm am 24. November 2009 Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, beratender Arzt der AXA, zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 11/M60), und PD Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, verfasste am 7. Dezember 2010 ein Gutachten, welches sich aufgrund der Weigerung von X.____, sich von PD Dr. G.____ untersuchen zu lassen, (Urk. 11/ A 149) auf die Akten stützte (Urk. 11/M66). Mit Entscheid vom 8.

September 2011 wies die AXA die Einsprache ab (Urk. 11/A165). Die von X.____ am 7. Oktober 2011 erhobene Beschwerde wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 25. September 2012 in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Sache zur Einholung eines Obergutachtens betreffend die Kausalität der Labrumläsion an die AXA zurück gewiesen wurde (Urk. 11/A168). Das Bundesgericht trat auf die dagegen von der AXA erhobene Beschwerde mit Urteil vom 14. Dezember 2012 nicht ein (Urk. 11/A169).

Nachdem sich X.____ am 10. Juni 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf eine chronische traumatische Bein- und Hüftgelenksverletzung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hatte, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Oktober 2012 einen Leistungsanspruch (Urk. 11/A171), was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 11. Februar 2014 bestätigt wurde (Prozess Nr. IV.2012.01215) .

E. 1.2

In Nachachtung des Urteils vom

E. 2

5. September 2012 gab die AXA bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachten in Auftrag (vgl. Schreiben vom 14. März 2013, Urk. 11/A180), welches dieser am 17. November 2013 erstattete (Urk. 11/M75). Nachdem X.____

am 21. Januar 2014 zum Gutachten Stellung genommen hatte (Urk. 11/A194), stellte die AXA mit Verfügung vom 6. März 201

E. 2.1

Nach Art. 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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

Erleidet eine versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 2.2

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 un mittelbare 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 entfiel (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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 3. 3.1

PD Dr. B.____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 10. November 2006 unter anderem eine überwiegend wahrscheinlich posttraumatische Labrumläsion der Hüfte rechts bei geringer femoraler Fehlförmigkeit im Sinne einer Asphärizität am Kopf-/Schenkelhalsübergang anterolateral. Die Befunde stünden seines Erachtens überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 23. Dezember 2003. Eine prädisponierende Hüftförmigkeit mit Asphärizität am Kopf-/Schenkelhalsübergang, welche gering sei und im natürlichen Verlauf kaum in diesem Alter zu Beschwerden geführt hätte, habe mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit aufgrund einer unfallbedingten, ausgeprägt starken und abrupten Innenrotations-/Flexionsbewegung zu einer Verletzung des Labrum acetabulare geführt, welche bis heute bei der klinischen Untersuchung symptomatisch sei und die Restbeschwerden des Beschwerdeführers erkläre (Urk. 11/M20). 3. 2

Dr. E.____ hielt mit Stellungnahme vom 6. Januar 2009 fest, der Unfall vom 23. Dezember 2003 habe möglicherweise zu einer kleinen Labrumablösung am Pfannenrand geführt. Bei einem sonst gesunden Hüftgelenk wären die Beschwerden im Verlauf von sechs bis maximal zwölf Wochen abgeklungen. Wie man seit der Arthroskopie vom 21. November 2008 wisse, habe jedoch eine verminderte Taillierung des Femurkopf-Halsübergangs bestanden, was dazu geführt habe, dass der obere Femurhals bei bestimmten Bewegungen (beim Gehen) am Pfannenrand angestanden sei, was zu einer dauernden Traumatisierung des Labrums und des randständigen Knorpelbelages geführt habe. Dieses ständige Anschlagen des Schenkelhalses am Pfannenrand habe im August 2008 akut exazerbiert und zu einer akuten Schmerzzunahme geführt. Diese Schmerzzunahme sei jedoch nicht unfallbedingt, sondern durch die spezielle Konfiguration des Hüftgelenks mit der ständigen Traumatisierung der Pfannenrandregion entstanden (Urk. 11/M40). 3. 3

PD Dr. B.____ nahm am 28. Januar 2009 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zur Frage der Unfallkausalität der Labrumläsion Stellung. Intraoperativ habe ein Riss im Knorpel an der Basis des Labrums vorgelegen. Solche Läsionen würden typischerweise bei vorliegenden Fehlförmigkeiten am Kopf-/Halsübergang gesehen. Femorale Fehlförmigkeiten, die zu solchen Läsionen führten, seien meistens sehr ausgeprägt und in den präoperativen bildgebenden Untersuchungen sichtbar. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen. Solche geringe Läsionen wie beim Beschwerdeführer, welche einen Schaden am Pfannenrand verursachten, sehe er lediglich bei sportlich äusserst aktiven Patienten, die von jung auf intensiv kompetitiven Sport betrieben. Ansonsten könnten solche Fehlförmigkeiten in der Ausprägung wie beim Beschwerdeführer ohne je symptomatisch zu werden bis ins hohe Alter ein funktionsfähiges Gelenk ermöglichen. Es sei seines Erachtens aber durchaus denkbar, dass ein Unfallereignis, wie es der Beschwerdeführer erlitten habe, eine solche Läsion aufgrund dieser sehr geringen Fehlförmigkeit verursachen könne. Seines Erachtens sei die wahrscheinlichste Ursache dieser Läsion der am 23.

Dezember 2003 erlittene Unfall. Das Débridement am Pfannenrad habe zur Abtragung der verletzten Gewebestrukturen gedient und sei das Hauptziel der durchgeführten Arthroskopie gewesen. Die Korrektur der geringen Fehlf orm am Kopf-/Halsübergang sei hingegen in zweiter Priorität geschehen und werde kaum zur Genesung des Beschwerdeführers beitragen. Diese Abtragung sei geschehen, da es unvertretbar gewesen wäre, eine, wenn auch geringe Fehlf orm, intraoperativ zu sehen und unbehandelt zu lassen (Urk. 11 /M41). 3.

E. 4

Dr. E.____ erklärte mit Stellungnahme vom 3. März 2009, er halte auch nach Vorlage der Stellungnahme von PD Dr. B.____ vom 28. Januar 2009 an seiner Beurteilung fest, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folgen des Unfalls vom 23. Dezember 2003 mehr vorliegen würden (Urk. 8/M42). Mit Stellungnahme vom 5. Mai 2009 hielt er sinngemäss ebenfalls an seiner Einschätzung fest (Urk. 11 /M54). 3.

E. 4.1.1

Nachdem das hiesige Gericht mit Urteil vom 25. September 2012 die Sache zur Abklärung der Kausalität der Labrumläsion an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen hatte, da gemäss der damaligen Beurteilung sowohl die Berichte von PD Dr. B.____

wie auch diejenigen

Dr. E.____ s nachvollziehbar begründet waren (Urk. 11/A168), stützte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungseinstellung im Wesentlichen auf das im Nachgang eingeholte Gutachten von Dr. H.____ vom 17. November 2013 (Urk. 11/M75).

E. 4.1.2

Die Rechtsprechung geht in Bezug auf die Würdigung von ärztlichen Berichten, welche ein Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, seit je davon aus,

dass der Unfallversicherer, solange er in einem konkreten Fall noch nicht Prozesspartei ist, als Verwaltungsorgan dem Gesetzesvollzug dient. Wenn die beauftragten Ärzte und Ärztinnen zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch solchen Berichten folgen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312).

E. 4.1.3

Dr. H.____ machte im Rahmen seiner Beurteilung (Urk. 11/M75) Ausführungen zum konkreten Ablauf des Unfallereignisses vom 23. Dezember 2003 und stellte dabei insbesondere in Frage, dass der Beschwerdeführer vom am Unfall beteiligten Fahrzeug an der rechten Hüfte angefahren wurde (S. 72 f.).

Es kann vorliegend offen bleiben, ob diese Überlegungen von Dr. H.____ zum genauen Unfallhergang zutreffen, geht aus seinem Gutachten doch unabhängig hiervon in schlüssiger Weise hervor, dass die vom Beschwerdeführer nach Mitte März 2004 noch geklagten Beschwerden der rechten Hüfte nicht auf den Unfall vom 23. Dezember 2003 zurückzuführen waren.

Wie Dr. H.____ in seinem Gutachten darlegt, geht aus dem Bericht der Ärzte des Y.____ vom 13. Januar 2004

(Urk. 11/M1) hervor, dass die erstbehandelnden Klinikärzte nur den Befund am linken Vorderarm zum Anlass nahmen , Rönt genaufnahmen zu erstellen. Es erscheint schlüssig, wenn Dr. H.____ erklärt , dass b ei einer gravierenden Beteiligung des rechten Hüftgelenkes zusätzlich

eine Beckenübersichtsaufnahme und möglicherweise eine Axialaufnahme/Lauen - stein-Aufnahme des rechten Hüftgelenks angefertigt worden wäre , wozu aus Sicht der untersuchenden Ärzte aber offensichtlich keine Veranlas sung gegeben war (S. 73) . Wie Dr. H.____ weiter ausführte, stellte auch Dr. Z.____ , welcher den Beschwerdeführer weiterbehandelte , keine Impin gement-Symptomatik fest. Erst im Januar 2005 sei erstmals eine derartige Symptomatik festgestellt worden (S. 75, vgl. Urk. 11/M3; vgl. Bericht von Dr. med.

K.____ , Oberarzt Sportmedizin der A.____ Klinik vom 1 4. Januar 2005, Urk. 11/M4).

Dr. H.____

w ies zutreffend darauf

hin , dass gemäss Literatur (vgl. Steppa cher/Tannast/Sieben rock, Labrumläsionen des Hüftgelenk e s, Orthopädie und Unfallchirurgie up2date, 3/2008 S. 220) als traumatische Ursache der Labrum schädigung nur die komplette Hüftgelenksverrenkung und ein Bruch der Hüft gelenkspfanne in Frage komm t . Der Beschwerdeführer hat aber beides nicht erlitten (S. 74) .

Wie Dr. H.____

weiter festhielt , fand PD Dr. B.____ im Rahmen des operativen Eingriff s

vom 2 1. November 2008 einen Riss des Knorpels an der Basis des Labrums im Sektor von 12 bis 15 Uhr sowie eine verminderte Taillierung anterolateral, welche arthroskopisch gut mit dem Pfannenra n dschaden korre liert e . Di eses Areal des Kopfschenkelhalsüb erganges taillierte

PD Dr. B.____

dann mit dem Acromionizer schrittweise (Operationsbericht, Urk. 11/M39) .

Dr. H.____

wies darauf hin (S. 81) , dass die

in der Folge von PD Dr. B.____ zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers gemachte Aussage bezüglich der „erforderlichen“ Ausprägung der Fehlf orm im oberen Schenkelhalsbereich, die zu Schädigungen an der knorpeligen Gelenkklippe führe, der Fachliteratur

widerspricht. Gemäss dieser könn t en nämlich auch geringere Formen der Asphärität bzw. verminderter Schenkelhals-Taillierung durch chronische Bewegungs- und Belastungsformen über Jahrzehnte die genannten Schäden an der knorpeligen Gelenkklippe auslösen. Wie Dr. H.____

weiter ausführte , zählen hierzu die angeborene Hüftgelenks d ysplasie, leichtere Formen des jugendlichen Hüftkopfgleitens und ebenfalls leichtere Formen der Perthes-Erkrankung, während bei den sehr ausgeprägten Formen des Hüft kopfgleitens bzw. der Perthes-Erkrankung es nicht zu einem Cam-, sondern zu einem Pincer-Impingement kommt

(vgl. Steppacher/Tannast/Siebenbock , a.a.O, S. 220) .

Dass die Asphärität bzw. die verminderte Taillierung am Schenkels rechts (deutlicher als links) des Beschwerdeführers vorbestehend war , steht fest

(vgl. das Gutachten von PD Dr. B.____ vom 10. November 2006, Urk. 11/M20 S.

E. 4.2

Die Stellungnahme von Dr. I.____ vom 1. September 2014 (Urk. 11/M77) und vom 9. März 2015 (Urk. 16) vermögen die Einschätzung von Dr. H.____ nicht in Frage zu stellen. In seiner Stellungnahme vom 1. September 2014

erklärte Dr. I.____ unter anderem, dass erst seit dem Unfallereignis vom 23. Dezember 2003 eine anhaltende reduzierte Belastbarkeit des rechten Hüftgelenkes in unterschiedlichem Ausmass bestehe. Diese Feststellung erweist sich insofern als aktenwidrig, als sich beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 23. Dezember 2003 sukzessive eine Besserung einstellte und er sich am 18. März 2004 als absolut beschwerdefrei bezeichnete (vgl. Bericht von Dr. Z.____ vom 9. November 2004, Urk. 11/M3). Der Schlussfolgerung von Dr. I.____ , dass anfänglich im Jahr 2005 nur eine isolierte Schädigung des Labrums vorhanden gewesen sei und über die Jahre weitere Sekundärveränderungen dazu gekommen seien und heute die rechte Hüfte eine Frühcoxarthrose zeige, links die Hüfte jedoch bei gleicher Konfiguration asymptotisch sei, weshalb davon auszugehen sei, dass das Unfallereignis eine richtungsweisende Verschlechterung der Belastbarkeit der rechten Hüfte ausgelöst habe (Urk. 11/M77 S. 7), kann nicht gefolgt werden. Wie aus dem Bericht von Dr. Z.____ vom 9. November 2004 hervorgeht, verspürte der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis vom 23. Dezember 2004 gelegentlich Schmerzen in der rechten Hüfte (Urk. 11/M3). Ähnliches erklärte er gegenüber Dr. H.____ (Urk. 11/M75 S. 42). Betreffend die linke Hüfte sind demgegenüber auch für die Zeit vor dem in Frage stehenden Unfallereignis keine Beschwerden aktenkundig. Aus der unterschiedlichen Entwicklung der Beschwerden in der Hüfte rechts im Vergleich zur Hüfte links kann somit keine Kausalität abgeleitet werden. Dr. I.____ hielt im Weiteren zwar fest , dass ein wie beim Beschwerdeführer festgestellter diskreter Befund betreffend den vorderen Pfannenbereich und Schenkels in der Regel asymptotisch bleibe (Urk. 11/M77 S. 7), er unterliess es jedoch gänzlich ,

sich diesbezüglich mit der von Dr. H.____ zitierten Fachliteratur auseinandersetzen . Die Schlussfolgerung von Dr. I.____ , dass ja der Vorzustand nicht wieder erreicht worden sei, weshalb das Unfallereignis bei einem asymptotischen Vorzustand eine richtungsweisende Verschlechterung bewirkt habe (Urk. 11/ M77 S . 8) , geht offenkundig fehl . Entscheidend für die Beurteilung, ob ein Unfall eine richtungsweisende Verschlechterung bewirkt hat, ist nicht, ob der Vorzustand wieder erreicht wurde, sondern grundsätzlich, ob sich der Gesundheitszustand der versicherten Person ohne das Unfallereignis besser darstellen würde.

In der Stellungnahme vom 9. März 2015 beschränkt sich die Argumentation von Dr. I.____ im Wesentlichen auf die Argumentation, dass das Hüftgelenk seit dem Unfallereignis symptomatisch geworden und geblieben ist, wobei sich nicht nur klinisch, sondern auch radiologisch die Schäden im Gelenk seit dem Unfallereignis klar verschlechtert hätten im Vergleich zum geringfügigen Vorzustand, weshalb die Unfallkausalität zu bejahen sei (Urk. 16 S . 3). Diese Argumentation beruht – wie dargelegt – auf falschen Annahmen und entspricht im Ergebnis der Beweisfigur „post

hoc ergo propter hoc“, welche jedoch rechtsprechungsgemäss den Beweisanforderungen nicht genügt (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

E. 4.3

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. H.____ vom 17. November 2013 und die die Einschätzung von Dr. H.____ bestätigenden Stellungnahmen von Dr. J.____ vom 15. Dezember 2014 (E. 3.7) und vom 7. Mai 2015 (E. 3.9) abgestellt, eine Unfallkausalität der nach dem 31. März 2004 vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden verneint und ihre Leistungen unter Verzicht auf eine Rückforderung der bis Oktober 2008 erbrachten Leistungen per 31. März 2004 eingestellt hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - O.____ - 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
HurstWyler

E. 5

Dr. H.____

diagnostizierte in seinem Gutachten vom 17. November 2013 (Urk. 11/M75) aus orthopädischer Sicht (S. 62 f.) : - Status nach multiplen Körperprellungen am 23. Dezember 2003 mit Beteiligung der linken Hand/des Unterarmes (ICD-10 S60.2LZ), des rechten Unterschenkels (ICD-10 S80.1RZ) und Hämatomentwicklung an der Wade (ICD-10 T14.5Z), Prellung und Hämatom am rechten Oberschenkel (ICD-10 S70.1RZ) sowie der linken Ferse (ICD-10 S90.3Z). Schürfwunden am Ober- und Unterschenkel rechts sowie an der Ferse links (ICD-10 T00.9Z). - Chronische Hüftgelenksbeschwerden (Coxalgie) rechts (ICD-10 M25.55R) bei erstmaligem Nachweis eines Impingement-Syndroms (ICD-10 M24.85R) im Bereich des rechten Hüftgelenkes im Zusammenhang mit einer MRI am 19. Januar 2005 bei gleichzeitigem Nachweis eines Einrisses der knorpeligen Gelenkklippe (Labrum-Läsion) und deren Verkürzung an der Hüftgelenkspfanne rechts. Anlässlich der MRI vom 17. Januar 2008 erstmalige Diagnose eines mässigen Cam-Impingements femoro-acetabulär rechts. Dezent beginnende

Hüftgelenksarthrose rechts (ICD-10 M16.9R). - Zeitweilige LWS-Beschwerden (ICD-10 M54.5) schon vor dem Unfallereignis vom 23. Dezember 2003, mit Haltungsturnen behandelt; zu gleich Muskelverspannungen an der die Wirbelsäule begleitenden Streckmuskulatur (ICD-10 M62.88). Zuletzt mittels MRI im März 2007 nachgewiesene leichte bis mässige degenerative Veränderungen von L3 bis L5 sowie L5/S1 rechts betont (ICD-10 M47.99) mit relativer Verengung eines Zwischenwirbelloches im Segment L5/S1 (ICD-10 M42.9) und leichten Aufbrauch- und Umformungsveränderungen (Arthrose) der kleinen Wirbelgelenke im Segment L5/S1 (ICD-10 M47.86). - Subjektive Angaben wechselnder Beschwerden im Bereich der rechten Kreuzdarmbeinfuge (ICD-10 M54.5R) seit dem Sommer 2004 mit objektiver Neigung zu Bewegungsstörungen in diesem Bereich. - Verkürzung der an der Oberschenkelrückseite liegenden ischiocruralen Muskeln beidseits. - Status nach Sturz auf das/die Kniegelenk/e etwa 2002 (ICD-10 S80.0) anlässlich der Lockerung einer Reckstange in der Türzarge. Zustand nach abgelaufener Schlatte'scher Erkrankung am Schienbeinkopf beidseits (ICD-10 M92.5Z); angeborene Formvariante der Kniescheiben entsprechend Stadium Wiberg II-III mit leichter Chondromalazie (Knorpelweichung; ICD-10 M22.4) bzw. Anzeichen einer beginnenden Arthrose im Gelenk zwischen Kniescheibe und Oberschenkelrolle (ICD-10 M17.9R). - Angeborener Hohl-Spreizfuss beidseits (ICD-10 Q66.7). Status nach Bruch der Mittelfuss-Köpfchen III und IV am 17. Juni 2012 (ICD-10 S92.3LZ), erfolgreich folgenlos konservativ behandelt. - Radiologisch-morphologisch Zeichen einer Psoriasis-Arthritis am rechten Fuss (klinisch ohne entsprechende Symptome am Tag der gutachterlichen Untersuchung am 3. Mai 2013) ohne Psoriasis.

Dr. H.____ kam zum Schluss, dass die über den Zeitraum von Mitte März 2004 noch geklagten Beschwerden nicht durch den Unfall vom 23. Dezember 2003 verursacht worden seien. Die ab November 2004 zu erneuten ärztlichen Behandlungen veranlassenden Beschwerden seien auf die vorbestehenden Zustände am rechten Hüftgelenk zurückzuführen. Dies ergebe sich aus der ausführlichen Anamneseerhebung, insbesondere den Schilderungen von Dr. Z.____, den Bildbefunden und dem operativen Befund, der durch PD Dr. B.____ am 21. November 2008 erhoben worden sei (S. 84). 3.6

Dr. I.____ erklärte mit Aktengutachten zuhanden des Beschwerdeführers vom 1. September 2014, bei geringer symmetrischer Fehlform beider Hüftgelenke bestünden anhaltende Beschwerden und eine reduzierte Belastbarkeit in der rechten Hüfte nach dem Unfallereignis vom 23. Dezember 2003. Das Unfallereignis sei geeignet, eine Schädigung isoliert des Labrums oder allenfalls eine richtungsweisende Verschlechterung eines möglichen vorbestehenden Zustandes zu verursachen. Somit seien die Beschwerden des Beschwerdeführers im Hüftbereich rechts im Sinne einer Impingement-Symptomatik als unfallkausal anzusehen, wie auch die damit im Zusammenhang stehenden Behandlungsmassnahmen. Aufgrund der anatomischen Voraussetzungen bestünden keinerlei Hinweise, wieso die Hüfte auch ohne Unfall hätte symptomatisch werden sollen zu diesem Zeitpunkt. Auch die Gegenhüfte zeige eine identische Konfiguration und sei nun zehn Jahre später ebenfalls symptomatisch. Nach dem Unfallereignis 2003 hätten keine Arthroseveränderungen im Hüftgelenk bestanden, wie man sie sonst erwartet hätte bei einem relevanten Vorzustand mit Schädigung über Jahre. Dagegen sehe man in den Jahren nach dem Unfallereignis jetzt ein Auftreten einer Arthrose, eine zuvor geringfügige Fehlform sei somit auf Dauer unfallbedingt symptomatisch geworden (Urk. 11/M77). 3.7

Dr. J.____

führte mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2014 aus, es gebe in

der Literatur keinen Hinweis auf eine traumatische Labrumläsion ohne eine gleichzeitige traumatische Hüftluxation (Ausrenkung des Hüftkopfes aus der Pfanne) oder eine begleitende Pfannenfraktur. Bei den Verletzungen seien vorliegend klar ausgeschlossen worden. Traumabiologisch gesehen ergebe die Aktenlage keinen Hinweis auf eine mögliche heftige exzentrische Krafteinwirkung auf das Hüftgelenk, welche eine schwere Zerrung der kapsuloligamentären Strukturen nachvollziehen liesse. Eine klinisch relevante Schädigung des Hüftgelenks hätte zwingend eine sofortige wesentliche Einschränkung der Gehfähigkeit ergeben müssen. Dr. I. ___ sei auf die traumabiologische Analyse von Dr. H. ___ nicht eingegangen. Das Gutachten von Dr. H. ___ sei sehr gut nachvollziehbar, dies im Gegensatz zum Aktengutachten von Dr. I. ___ . Dieses sei daher nicht in der Lage, das Gutachten von Dr. H. ___ zu entkräften (Urk. 11/M78) . 3.8

Mit Stellungnahme vom 9. März 2015 erklärte Dr. I. ___ , das zeitliche Zusammenfallen des Unfallereignisses mit der richtungsweisenden Verschlechterung der Schmerzsituation im Hüftbereich rechts sei unbestritten. Über anatomische Substrate, die den Schmerz auslösen könnten, könne man sich sicher streiten. Die Datenlage sei hier auch nach vielen Jahren Forschungen unsicher, dementsprechend habe er in seinem Bericht vom 1. September 2014 auch unter den Schlussfolgerungen erwähnt, dass das Unfallereignis geeignet sei, eine Schädigung isoliert des Labrums oder allenfalls eine richtungsweisende Verschlechterung eines möglichen, vorbestehenden Zustands zu verursachen. Nach wie vor sei dies seine Schlussfolgerung, auch nach nochmaligem Studium sämtlicher Unterlagen. Auch sei diese Feststellung durch die Beurteilung von Dr. J. ___ vom 15. Dezember 2014, in welcher er sich ausschliesslich auf die Genese der Labrumläsion fixiert habe, nicht im Geringsten entkräftet worden. Die Labrumläsion stelle ja nur einen Aspekt, der morphologisch gefunden werde, dar, übrige Schädigungen eines Gelenkes mit intraossären Reaktionen wie Bone bruise, Ergussbildung, Knorpelschäden und Veränderungen in der Gelenkumgebung seien dabei nicht erwähnt. Zum heutigen Zeitpunkt habe man keine Möglichkeit mehr, weiter abzuklären, welche möglichen morphologischen Veränderungen durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien. Es stehe jedoch fest, dass das Hüftgelenk seit dem Unfallereignis symptomatisch geworden und geblieben sei und dies sei so auch von den verschiedensten untersuchenden und behandelnden Ärzten bestätigt worden. Nicht nur in der Klinik, auch radiologisch hätten sich ja die Schäden im Gelenk seit dem Unfallereignis klar verschlechtert gegenüber dem zuvor geringfügigen Vorzustand (Urk. 16). 3.9

Am 7. Mai 2015 erklärte Dr. J. ___ , Dr. I. ___ stütze sich nur darauf ab, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis mehr Hüftschmerzen gehabt habe. Wie die Hüftschmerzen zuzuordnen wären, könne aus seinen Aussagen nicht abgeleitet werden, da er sie im Detail nicht analysiere. Eine Labrumläsion müsse ein spezifisches klinisches Bild der Manifestation abgeben (Hüftimpingement mit Schmerzprovokation in Flexion-Adduktion-Innenrotation). Dieses Manöver, welches aber auch nicht restlos überzeugende Testeigenschaften aufweise, müsse zumindest immer wieder reproduziert werden können. In der Frühphase der ersten zehn Monate sei es zwei erfahrenen Untersuchern nicht gelungen, diesen Test als positiv zu reproduzieren. Traumabiologisch und gemäss Beurteilung des Fähigkeitsverlaufs in der initialen Heilungsphase liessen sich keine Hinweise auf eine relevante Traumatisierung des Hüftgelenkes rechts ausfindig machen (Urk. 21) . 4.

E. 9

).

Dr. H.____

legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die von PD Dr. B.____ im Schreiben vom 28. Januar 2009 (E. 3.3) gemachte Behauptung, dass die Korrektur der Fehlform am Kopf-/Halsübergang nur in zweiter Priorität erfolgt sei und kaum zur Genesung des Beschwerdeführers beitrage, nicht nachvollziehbar sei: Bei einer Belanglosigkeit sollte man einen Patienten nicht dem zusätzlichen Risiko einer operativen Massnahme aussetzen, auch wenn bereits das Gelenk eröffnet bzw. mit der Arthroskopie zugänglich gemacht worden sei. Der Operateur müsse sich sehr genau Rechenschaft darüber ablegen, ob die anatomische Normvariante derart gravierend sei, dass die genannte Massnahme berechtigt sei. Andernfalls riskiere er einen Kunstfehler zu begehen. Die Taillierung wäre nicht notwendig gewesen, wenn nicht andere Bereiche der Knorpellippe von den knöchernen Vorwölbungen hätten geschädigt werden können. Dass

PD Dr. B.____ aber diese Gefährdung vorausgesehen habe, gehe aus seinem Satz: „Diese Abtragung geschah, da es unvermeidbar gewesen wäre, eine auch geringe Fehlform intraoperativ zu sehen und unbehandelt zu lassen.“

(S. 82 f.) .

Dr. H.____ wies schliesslich zu Recht darauf hin, dass die rechte Hüfte des Beschwerdeführers zumindest einmal bereits vor dem 23. Dezember 2003 symptomatisch war (vgl. S. 42; vgl. auch den Bericht von Dr. Z.____ vom 9. November 2004, Urk. 11/M3) .

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