

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00093 vom 31. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00093

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00093 du 31 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00093 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1982 geborene X.____ war bei der Y.____ AG angestellt und damit bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 6. Juni 2012 einen Verkehrsunfall erlitt. Den ausrückenden Polizisten gab er an, sich beim Unfall nicht verletzt zu haben (Urk. 10/20 S. 9). Tags darauf begab er sich jedoch zu Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, in Behandlung. Mit Schreiben vom 11. Juni 2012 teilte die Suva dem Arzt mit, für die Folgen dieses Schadensfalles aufzukommen (Urk. 10/2). Dr. Z.____

schrieb den Versicherten ab 22. Juni 2012 zu 100 % und ab 29. Juni 2012 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 10/10) und verordnete am 12. Juli 2012 Physiotherapie zur Behandlung einer posttraumatischen Tendinitis nach Handgelenksdistorsion

(Urk. 10/14). Am 23. Juli 2012 nahm der Versicherte die Arbeit wieder auf

(Urk. 10/9). Am 17. September 2012 schrieb Dr. Z.____ den Versicherten erneut zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/11). Nach Aufnahme eines magnetresonanztomographischen Bildes des rechten Handgelenks am 18. September 2012 im Stadtspital A.____, welches gemäss Bericht des gleichen Tages keine Auffälligkeiten ergeben hatte (Urk. 10/15 S. 2), reduzierte Dr. Z.____

die attestierte Arbeitsunfähigkeit per 21. September 2012 auf 50 %

(Urk. 10/11) und per 12. Oktober 2012 auf 25 % (Urk. 10/16, Urk. 10/18).

Im Verlauf traten Ellbogenschmerzen auf, was zur Diagnose einer Epicondylitis

und zur Attestierung einer wechselnden Arbeitsunfähigkeit führte. Nach Einholung einer kreisärztlichen Stellungnahme teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 27. März 2013 mit, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien, weshalb der Fall abgeschlossen und die Leistungen per 15. April 2013 eingestellt würden (Urk. 10/42). Am 24. April 2013 erliess sie darüber eine Verfügung (Urk. 10/52), worauf der Versicherte am 17. Mai 2013 Einsprache erhob (Urk. 10/59) und diese am 20. Juni 2013 ergänzte (Urk. 10/67). In der Folge zog die Suva Stellungnahmen zu den aktuellen fachärztlichen Untersuchungen und Behandlungen sowie die Unterlagen über

verschiedene bildgebende

Abklärungen bei. Am 21. Oktober 2014 unterzog sich der Beschwerdeführer bei den Operationsdiagnosen eines motorisch defizitären

Sulcus

ulnaris-Syndroms rechts und eines motorisch defizitären

Supinatorturnel-Syndroms rechts einem chirurgischen Eingriff (Urk. 10/129/4). Dies führte allerdings zu keiner dauerhaften Besserung der Symptomatik.

Mit Eingabe vom 13. März 2015 drohte der Beschwerdeführer mit einer Rechtsverweigerungs-/Rechtsverzögerungsbeschwerde (Urk. 10/152). In der Folge erstattete die Abteilung Versicherungsmedizin am 13. April 2015 eine aktengestützte Stellungnahme (Urk. 10/157). Gestützt darauf bestätigte die Suva mit Einspracheentscheid vom 13. April 2015 ihre Verfügung vom 24. April 2013 (Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2

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). Die bloss e 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). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 1. 3

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). Berichte versicherungsinterner Ärzte sind soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.2-4.7). 2. 2. 1

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungseinstellung damit, dass die Epicondylitis und das Sulcus

ulnaris - Syndrom sowie das Supinator-tunnel - Syndrom nicht unfallkausal seien. Die durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen an Finger und Handgelenk seien spätestens per Einstellungsdatum am 15. April 2013 verheilt gewesen (Urk. 2, insbesondere S. 9). 2. 2

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer in erster Linie auf dem Standpunkt, dass anlässlich des Unfalles vom 6. Juni 2012 nicht nur eine Kontusion Dig . II rechte Hand PIP

und eine Kontusion der Hand rechts stattgefunden hätten, sondern auch der Ellenbogen rechts traumatisiert worden sei. Die am 12. August 2013 durchgeführte MRI-Untersuchung habe eine kleine Partialruptur der gemeinsamen Insertion der Handgelenksexensoren gezeigt, womit ein unfallbedingter organischer Schaden nachweislich vorliege. Die unfallbedingte Operation vom 21. Oktober 2014 sei nicht lege artis durchgeführt worden, sei doch der Nervus

ulnaris nicht vorverletzt worden, was nun nachgeholt werden müsse. Für die im Rahmen der unfallbedingten Heilbehandlung statt gefundene Schädigung habe die Beschwerdegegnerin aufzukommen (Urk. 1 S. 12 f.).

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, es

bestehe die Gefahr, dass er aufgrund der fehlenden Unterstützung seitens der Beschwerdegegnerin sein angestammtes Arbeitspensum von 100 % nie mehr erreichen werde, was zu Lohn einbussen führen würde (Urk. 1 S. 14).

Schliesslich rügte er das Abstellen auf medizinische Aktenbeurteilungen ohne eine kreisärztliche Untersuchung (Urk. 1 S. 14 f.) . 2. 3

Dem entgegenget die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, dass anlässlich des Unfalls vom 6. Juni 2012 aktenkundig keine Traumatisierung des Ellbogens stattgefunden habe. Weiter habe der Beschwerdeführer im Polizeirapport angegeben, sich durch den Unfall nicht verletzt zu haben (Urk. 9 S. 4).

Mangels eines organischen Befunds könne ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass Beschwerden an der rechten Hand und am rechten Handgelenk spätestens ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr auf das Unfallereignis vom 6. Juni 2012 zurückzuführen seien. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben ohnehin seit spätestens April 2013 beschwerdefrei. Die geklagten Arm- beziehungsweise Ellbogenbeschwerden habe sie dagegen nie als unfallkausal anerkannt, weshalb sie nicht beweispflichtig für die natürliche Kausalität des Unfalles und der geltend gemachten Beschwerden sei. Weiter liege keine organisch nachweisbare unfallbedingte Schädigung des Ellbogens vor. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien schliesslich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal (Urk. 9 S. 8 f.) .

E. 2

Es seien dem Beschwerdeführer die Leistungen nach UVG (insbesondere Taggelder und Heilungskosten) auch nach dem 15. April 2013 zu erbringen.

E. 2.4

Indem die Beschwerdegegnerin bis 14. April 2013 Taggelder für die dem Beschwerdeführer seit längerem ausschliesslich wegen der Ellbogenbeschwerden attestierten Arbeitsunfähigkeit ausrichtete (vgl. Urk. 10/57), ging sie (anfänglich) von einer Unfallkausalität dieser Beschwerden aus. Streitig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Armbeschwerden nach wie vor in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum am 6. Juni 2012 erlittenen Unfall stehen, oder ob bis zum 15. April 2013 der Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht worden war. 3.

E. 3

Eventualiter: Es sei dem Beschwerdeführer nach Erlangung des medizinischen Endzustandes eine angemessene UVG-IV-Rente und Integritätsentschädigung zuzusprechen.

E. 3.1

Für den Zeitraum bis zur Leistungseinstellung per 15. April 2013 lagen folgende medizinische Stellungnahmen vor:

E. 3.1.1

Am 18. September 2012 wurde im Stadtspital A.____ eine Magnet - resonanztomographie (MRI) des rechten Handgelenks durchgeführt . An hand des unauffälligen Befunds konnte laut Bericht vom gleichen Tag keine Erklärung für die Beschwerden gefunden werden (Urk. 10/15 S. 2). 3. 1. 2

Der erstbehandelnde

Arzt Dr. Z.____ gab im handschriftlichen Bericht vom 12. Oktober 2012 an, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 6. Juni 2012 eine „Kontusion Dig . II re Hand PIP“ sowie eine „Kontusion Hand re “ zu gezogen habe . Weiter wies der Hausarzt auf eine posttraumatische Epicondylitis hin, welche nun sukzessive abklinge. Diesbezüglich liege ein protrahierter Verlauf vor. Das Handgelenk sei schmerzfrei (Urk. 10/15 S. 1, Urk. 10/16). 3. 1. 3

Am 6. Dezember 2012 erstattete Dr. Z.____ einen Zwischenbericht. Darin stellte er die Diagnosen einer Kontusion der rechten oberen Extremität (Hand, Olecranon) durch Kollision mit Bagger sowie einer therapierefraktären Epikondylitis . Weiterhin bestehe eine therapierefraktäre Epicondylitis

humeri

radialis rechts. Das Handgelenk sei inzwischen schmerzfrei. Unter Prognose notierte der Arzt eine Chronifizierungstendenz . Als Behandlung finde eine Physiotherapie statt (Urk. 10/24) . 3. 1. 4

Am 21. Januar 2013 wurde im Stadtspital A.____ im Rahmen einer rheumatologischen Konsiliaruntersuchung

ein MRI nativ des rechten Ellbogens vorgenommen. Dieser ergab ein diskretes Knochenmarksödem im Epicondylus

ulnaris und im perifokalen subcutanen Fettgewebe, passend zu der klinisch bekannten chronischen Epicondylitis

ulnaris rechts. Ansonsten fanden sich laut Bericht intakte ossäre Strukturen, kein Gelenkerguss, intakte ligamentäre Strukturen, eine unauffällige lange Bizepssehne und ein reizloser Nervus

ulnaris im Sulcus

ulnaris (Urk. 10/ 80 / 1).

Laut

Untersuchungsbericht vom 8. Februar 2013 gab der Beschwerdeführer an, zunächst Beschwerden im Ringfinger der rechten Hand, dann in der Schulter verspürt zu haben.

Nach erfolgreicher Therapie

dort seien Schmerzen im Ellbogen in den Vordergrund gerückt. Es bestehe ein Streckdefizit, die berufliche Leistungsfähigkeit sei nach wie vor vermindert. In den letzten Monaten seien zunehmend Krämpfe im Unterarm aufgetreten. Mittels weiterführender Diagnostik hätten eine ligamentäre Läsion, eine alte Fraktur beziehungsweise eine Synovitis

ausgeschlossen werden können (Urk. 10/33/1-2).

E. 3.2

2

Im Rahmen einer Zweitmeinung hinsichtlich einer Operation an der Halswirbelsäule wurde der Beschwerdeführer von Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurochirurgie, von Dr. med. G.____, Fachärztin für Rheumatologie, und von Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, interdisziplinär untersucht.

Dr. H.____ diagnostizierte im Bericht vom 5. März 2015 ein Sulcus

ulnaris-Syndrom, welche sie als Ursache der Schmerzen betrachtete. Weiter bestehe ein Zervikalsyndrom. Doch stehe das Sulcus

ulnaris-Syndrom für den Patienten ganz im Vordergrund, weshalb die Prüfung einer operativen Vorverlagerung

des Nervus

ulnaris empföhlen werde

(Urk. 10/150).

Im Bericht vom 19. Februar 2015 stellten die Dres. F.____ und G.____ mit Bezug auf den Ellbogen die Diagnose eines multifaktoriellen Schulter-Arm-Syndroms

rechts nach Handkontusion am 6. Juni 2012 mit aktuell diffuser Brachialgie ohne Beweis für eine Radikulopathie zervikal sowie mit Sulcus

ulnaris-Syndrom rechts elektrodiagnostisch/klinisch (Dr. H.____). Weiter diagnostizierten sie eine mittelgradige Degeneration der Halswirbelsäule mit Foramenstenosen C6 beidseits und C7 linksbetont ohne Beweis für eine radikuläre

Schmerzauslösung aber mit myofaszialen Zusatzsymptomen posttraumatisch und spondylogenen. Weiter führten sie aus, bei der neurologisch/elektrodiagnostischen Abklärung habe Dr. H.____ ein Sulcus

ulnaris-Syndrom rechts als mögliche Hauptursache des Problems festgestellt. Bei der interdisziplinären Zusatzabklärung sei aber klar geworden, dass es sich hier auch um eine zum Teil myofasziale

chronifizierte diffuse Brachialgie handle, spekulativ als Ausdruck einer Kombination von spondylogenen, posttraumatischen und postoperativen Komponenten (Urk. 3/5).

E. 3.3

Dr. med. I.____, Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin,

fürhte in ihrer chirurgische n Beur teilung vom 13. April 2015 aus, der Versicherte sei am 6. Juni 2012 mit seiner vorderen rechten Fahrzeugseite mit dem linken Vorderreifen eines Baggers kol lidiert . Gemäss Polizeibericht vom 11. Juni 2012 habe er sich laut eigenen An gaben nicht verletzt. Durch den Hausarzt Dr. Z.____ we rd e ab dem

E. 4

Subeventualiter : Der Fall sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, und es sei der Beschwerdeführer neurologisch begutachten zu lassen.

E. 4.1

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten steht fest, dass sich die vom Beschwerdeführer anfänglich geklagten Finger- beziehungsweise Handgelenks beschwerden rechts bereits mehrere Monate vor Fallabschluss (per 15. April 2013) wieder zurückgebildet h atten

(vgl. insbesondere Urk. 10/16) .

E. 4.2

3

Der Beschwerdeführer sieht in der mit MRI vom 12. August 2013 erhobenen Partialruptur der gemeinsamen Insertion der Handgelenksex tensoren einen un fallbedingten organischen Schaden (Urk. 1 S. 13 Ziff. 6.7). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden, nachdem dieser bildgebende Befund (Urk. 10/155) von keinem der involvierten Ärzte

insbesondere nicht von dem die Untersuchung veranlassenden Dr. E.____

(Urk. 10/74)

als Ursache der geklagten Beschwerden betrachtet geschweige denn auf den Unfall vom 6. Juni 2012 zurückgeführt wurde.

Auch die von einigen berichtenden Ärzten bei der Diagnosestellung benutzte Bezeichnung „posttraumatisch“ vermag per se keine Unfallkausalität zu begründen . Dr. B.____ bezeichnete in seinem Bericht vom 10. April 2013 (Urk. 10/ 50) die Diagnose von Ellbogen-Vorderarmschmerzen rechts als post traumatisch und bejahte die Unfallkausalität , worauf der Beschwerdeführer hinweist (Urk. 1 S. 12 Ziff. 6.5) . Dazu ist festzuhalten, dass der Begriff „ post traumatisch" im medizinischen Sprachgebrauch z war häufig gleichbedeutend mit „ unfallkausal" verwendet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2014 vom 21. Juli 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprac hverständnis wird der Ausdruck „ post " oft aber doch auch mit der zeitli chen Abfolge – unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung – in Verbindung gebracht. Vor diesem Hintergrund ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung den Begriffen „ post " resp ektive „ posttraumatisch" beizumessen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_254/2014 vom 20. August 2014 E. 4.3.3 mit weiterem Hinweis) .

Vorliegend vermochte Dr. B.____ keine sichere Ursache für die geklagten Beschwerden zu nennen , weshalb anzu nehmen ist, dass er deswegen einen Kausalzusammenhang annahm , weil der gleiche Körperteil betroffen war.

Ähnliches gilt für die Einschätzung der

Dr es . F.____ und G.____

im Bericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 3/5), wonach die e rhobene myofasziale chronifizierte diffuse Brachialgie „spekulativ“ als Ausdruck einer Kombination von spondylogenen , posttraumatischen und post operativen Komponenten zu verstehen sei . Keine Meinungsäußerung der be richtenden Ärzte erlaubt hier entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13 Ziff. 6.9)

die Annahme einer (Teil-) Kausalität .

Der Beschwerdeführer wurde bereits mehrfach fachärztlich untersucht , weshalb v on einer erneuten neurologischen Abklärung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4 des Rechtsbe gehrens)

keine weiteren Aufschlüsse hinsichtlich der Unfallkausalität zu erwar ten sind (vgl. Urk. 10/157 S. 12) .

E. 4.2.1

Hinsichtlich des rechten Ell bogen s

wurden e rste Beschwerden vo m behandeln den Hausarzt Dr. Z.____

am 12. Oktober 2012 dokumentiert . Obwohl damals die Therapie nur noch auf die Behandlung der protrahierte n

Epicondylitis

ab zielte, erhob Dr. Z.____

diese nicht zu einer Diagnose . Auch erwartete er eine Besserung beziehungsweise eine Restitution im Verlauf von drei bis vier Wochen (Urk. 10/15 S. 1, Urk. 10/16 ; vgl. dazu auch die Physiotherapie- Verordnung vom 20. September 2012, Urk. 10/36) .

Bei protrahiertem Verlauf folgten ver schiedene fachärztliche Abklärungen ; eine klare organische Ursache für die Be schwerden konnte zunächst nicht gefunden werden. Erst im Oktober 2014 stellte Dr. J.____ , Belegarzt Neurochirurgie, speziell Schmerztherapie, Chiro therapie am Spital K.____ , die (Operations) Diagnosen eines motorisch defi zitären Sulcus ulnaris -Syndroms rechts und eines motorisch defizitären Supi natortunnel-Syndrom s rechts (Operationsbericht e vom 24. und 28. Oktober 2014, Urk. 10/129/4 und Urk. 10/129/6) .

E. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin hat die (weitere) K ausalität zwischen der Epicondylitis beziehungsweise dem Sulcus

ulnaris - und dem Supinator-tunnel -Syndrom und dem Unfallereignis vom 6. Juni 2012 gestützt auf die Beurteilung der Versi cherungsmedizinerin

Dr. I.____ (vgl. Urk. 2) verneint .

Eine Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass Dr. I.____ die vom

Be schwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt e , ihr Bericht in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den umfangreichen Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammen hänge ein und die gezogenen

Schlussfolgerungen werden hinreichend begründet. So zeigte Dr. I.____ nachvollziehbar auf, dass ein

Kausalzusammenhang aufgrund der Berichts erstattung des erstbehandelnden Hausarztes Dr. Z.____ sowie der von ihm im weiteren Verlauf veranlassten bildgebenden und fachärztlichen Abklärungen, welche keinerlei Hinweise auf eine Ellbogenverletzung lieferten, ausgeschlossen sei.

Insbesondere legte Dr. I.____ dar, dass bei Vorliegen eines durch den Unfall vom 6. Juni 2012 verursachten

Sulcus

ulnaris -Syndroms

bereits anlässlich der Abklärungen im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik D.____

14 Monate nach dem Unfall (Urk. 10/119/2-3, Urk. 10/74, Urk. 10/155) ein neurologisches Korrelat im Sinne einer Schädigung des Nervus

ulnaris hätte gefunden werden müssen. Sodann wies sie darauf hin, dass eine Epicondylitis durch repetitive Bewegungen und somit Überlastung der Muskulatur entsteht und keine Unfallfolge darzustellen vermag (zum für eine unfallkausale Epicondylitis erforderlichen Trauma im Bereich des medialen Ellbogens mit ausgeprägtem Hämatom und direkten posttraumatischen Schmerzen vgl. auch das von der Beschwerdegegnerin erwähnte Bundesgerichtsurteil 8C_598/2012 vom 6. März 2013 E. 3.1). Schliesslich schloss sie die Unfallkausalität des Supinator-Tunnel-Syndroms unter Hinweis auf das mit Bezug auf strukturelle Veränderungen am lateralen Ellbogenbereich unauffällige MRI vom 21. Januar 2013 aus (Urk. 10/80/1).

Bestehen keinerlei Zweifel an der Richtigkeit der von Dr. I.____ gezogenen Schlussfolgerungen, kann für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden.

E. 4.3

Zusammenfassend verneinte die Beschwerdegegnerin einen Kausalzusammenhang zwischen den nach dem 15. April 2013 weiterhin geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis

vom 6. Juni 2012 zu Recht und es bleibt kein Raum für die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3 des Rechtsbegehrens).

Der Einspracheentscheid

vom 13. April 2015 erweist sich damit als rechtens und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Rechtsanwalt Christian Leupi - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Gräub Meier-Wiesner

E. 5

Am 10. April 2013 untersuchte Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, den Beschwerdeführer konsiliarisch. Dabei veranlasste er Röntgenaufnahmen des rechten Ellbogens. Laut Bericht der Klinik C.____

vom gleichen Tag zeigten diese eine erhaltene Artikulation ohne Nachweis einer Fraktur, ohne Anhalt für einen Gelenkserguss

(Urk. 10/51).

Gestützt darauf so wie auf die durchgeführte klinische Untersuchung kam Dr. B.____ zum Schluss, dass keine Epicondylopathie vorliege. Auch neurologisch finde sich keine Ursache. Auffallend sei die verhärtete und verspannte Muskulatur. Eine lokale Sudeck-Dystrophie wäre theoretisch möglich. Zu deren Nachweis oder Ausschluss sei eine Szintigraphie des rechten Ellbogens vorgesehen. Grundsätzlich habe der Patient seit dem Unfall relevante Ellbogen- und Vorderarmbeschwerden rechts, welche überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt seien. Die Suva lehne dies

Sichtweise ab, was er, Dr. B.____, nicht nachvollziehen könne.

Anhand der veranlassten Szintigraphie (vgl. dazu Bericht der Klinik C.____ vom 8. Mai 2013, Urk. 10/78) schloss der orthopädische Chirurg Dr. B.____

ein

Morbus Sudeck aus, womit die Ursache der Beschwerden weiterhin unklar sei (Berichte vom 22. Mai und 19. Juni 2013, Urk. 10/65, Urk. 10/69). 3. 2

Nach dem Fallabschluss per 1 5. April 2013 folgten verschiedene weitere Untersuchungen und Behandlungen. Zu erwähnen sind insbesondere folgende ärztliche Stellungnahmen:
3.2.1

Am 12. August 2013 wurde der Beschwerdeführer im Zentrum für Paraplegie der Universitätsklinik D.____ neurologisch und neurophysiologisch untersucht. Im Bericht vom gleichen Tag wurde ein chronisches Schmerzsyndrom Arm rechts

bei Status nach Autounfall am 6. Juni 2012 diagnostiziert. Als Differenzialdiagnose nannten die berichtenden Ärzte eine chronische Epicondylitis

humeri

radiali beziehungsweise ein myofasciales Schmerzsyndrom. Klinisch habe sich eine am ehesten schmerzbedingte Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens ergeben. Eine eindeutige Hypästhesie im Bereich des Nervus

radialis habe sich nicht gezeigt. Neurophysiologisch hätten sich die Neurographien der Nervi radialis, ulnaris und medianus rechts unauffällig gezeigt. Daher ergebe sich kein Hinweis auf eine periphere Neuropathie. Auch Hinweise für ein C8-Syndrom ergäben sich bei beidseits normwertigen SEPs (sensory evoked potential) nicht (Urk. 10/119/2-3).

Ebenfalls am 12. August 2013 wurde in der Universitätsklinik D.____ eine MRI-Untersuchung des rechten Ellbogens durchgeführt. Diese ergab laut Bericht vom gleichen Tag eine leichte chronische Epicondylopathie radial mit kleiner Partialruptur der gemeinsamen Insertion der Handgelenksexpressoren. Es bestünden keine entzündlichen oder andere degenerative Veränderungen, keine Synovitis und keine Arthrose (Urk. 10/155).

Im abschliessenden Bericht vom 22. August 2013 wiederholte PD Dr. med. E.____, Chefarzt Rheumatologie an der Universitätsklinik D.____, die im Zentrum für Paraplegie gestellten Diagnosen. Weiter führte er aus, es bestünden keine Anhaltspunkte für ein durchgemachtes oder florides CRPS am rechten Arm beziehungsweise eine Frozen shoulder. Die Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer chronischen Epicondylopathie beziehungsweise eines myofascialen

Schmerzsyndromes zu interpretieren. Die aktuelle Standortbestimmung habe keine Anhaltspunkte für eine sekundäre Ursache, gezeigt. Insbesondere bestünden keine Hinweise für eine neurogene Kompressionssymptomatik oder eine entzündliche Grunderkrankung (Urk. 10/74).

E. 6

Juli 2012 mit Handgelenkskontusion sowie ein prothahierter Verlauf mit zunehmenden Schmerzen und Bewegungseinschränkung dokumentiert. Unter Beurteilung wurde dargestellt, dass ein unauffälliges natives MRI des Handgelenkes vorliege und anhand dieser Untersuchung keine Erklärung für die Beschwerden des Patienten gefunden werden könne. Durch den Hausarzt Dr. Z.____ werde im Arztzeugnis UVG vom 12. Oktober 2012, mit Datum der Erstbehandlung vom

E. 7

½ Monate nach dem Unfall vom 6. Juni 2012. In diesem Bericht wurde unter Befund ein reizloser N. ulnaris im Sulcus

ulnaris sowie unter Beurteilung eine bekannte chronische Epicondylitis

ulnaris mit diskretem Knochenmarksödem diagnostiziert. Gemäss dem Bericht der Klinik für Rheumatologie, Stadtspital A.____, vom

E. 8

Februar 2013, also 8 Monate nach dem Unfall. Es würden zunehmend Krämpfe am Unterarm, massive Druckdolenzen über dem Epicondylus

lateralis rechts, weniger auch per i tendinös und über dem Epicondylus mediales bei ebenso dokumentierter freier Pronation und Supination dokumentiert. Typische Symptome für eine Epicondylitis

seien ein lokaler Druckschmerz über den Epicondylen und Schmerzen bei Pronation oder Supination gewesen. Wie in der Literatur dargelegt, entstehe eine Epicondylitis durch repetitive Bewegungen und somit Überlastung der Muskulatur und stelle keine Unfallfolge dar (Urk. 10/157 S. 11).

Am 21. Oktober 2014 sei durch Dr. J. ___ neben dem diagnostizierten Sulcus

ulnaris-Syndrom über einen zusätzlichen posterioren Zugang auch ein von ihm diagnostiziertes motorisch defizitäres Supinator-Tunnel-Syndrom operiert worden. Im Bericht zum MRI des rechten Ellbogens vom 21. Januar 2013 würden keine strukturellen Veränderungen am lateralen Ellbogenbereich beschrieben. Auch werde in keinem der vorliegenden Berichte eine Kontusion oder ein Hämatom am lateralen Ellbogen dokumentiert. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass das über 28 Monate nach dem Unfall erstmals diagnostizierte Supinator-Tunnel-Syndrom nicht durch den Unfall vom 6. Juni 2012 verursacht worden sei (Urk. 10/157 S. 11).

Abschliessend stellte Dr. I. ___ die Diagnose eines Sulcus

ulnaris-Syndroms rechts, verneinte dessen Unfallkausalität und gab an, dass eine Untersuchung zum jetzigen Zeitpunkt zur Klärung der Unfallkausalität keinen Beitrag mehr leisten könne (Urk. 10/157 S. 12). 4.

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