

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00228

vom 3. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00228 du 3 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00228 del 3 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, arbeitete seit Juni 2007 als Betriebsmitarbeiter bei der Y.____ AG (Urk. 8/1 Ziff. 1 und 3) und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 6. Oktober 2013 verletzte er sich beim Einladen von Gepäckstücken in einen Container am rechten Ellbogen (Urk. 8/1 Ziff. 4 und 6), wobei die erstbehandelnde Ärztin eine Hämatorbursa Olekranon rechts diagnostizierte (Urk. 8/6 S. 2). Mit Schreiben vom 13. Januar 2015 löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. März 2015 auf (Urk. 8/109).

Mit Verfügung vom 1. Juni 2015 schloss die Suva den Schadenfall per 30. Juni 2015 ab und stellte die bis dahin erbrachten Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ein (Urk. 8/131). Am 16. Juni 2015 erhob der zuständige Krankenversicherer vorsorglich Einsprache (Urk. 8/137), zog diese am 25. Juni 2015 jedoch wieder zurück (Urk. 8/139). Die am 1. Juli 2015 vom Versicherten erhobene Einsprache (Urk. 8/141) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2015 ab (Urk. 8/151 = Urk. 2).

E. 1.1

Die massgeblichen rechtlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung zum Gegenstand der Unfallversicherung (Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG), zu den Voraussetzungen der Kostenübernahme für die Heilbehandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie des Anspruches auf Taggeld (Art. 16 UVG, Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), zur Schadenminderungspflicht, zum Beweiswert eines Arztberichtes sowie zur Rechtsstellung versicherungsinterner Ärzte sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 4 ff.). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

E. 1.2

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 unmittlere 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. 1.3

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

E. 1.4

Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, geht die Unfallversicherung zur Berentung über, wenn der Unfall eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG hinterlässt (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario; BGE 116 V 41 E. 2c). Dem Rentenbezüger werden Heilbehandlungsleistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG nur noch unter bestimmten Voraussetzungen ausgerichtet.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2015 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 6. November 2015 Beschwerde und beantragte die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2015 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 7. Januar 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf die Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ davon aus, dass keine Behandlungsmassnahmen mehr offen seien, welche aus orthopädischer und neurologischer Sicht geeignet seien, eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers herbeizuführen. Demnach sei der medizinisch-therapeutische Endzustand klar erreicht und es bestehe kein Anspruch auf eine weitere Übernahme der Heilbehandlungskosten. Im Weiteren sei der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten beruflichen Tätigkeit als Gepäcksortierer als auch in einer leidensangepassten schweren Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig, womit die Notwendigkeit zur Gewährung weiterer Taggeldleistungen entfalle und auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 10 f. Ziff. 4).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2015 (Urk. 7) führte sie ergänzend aus, die Ärzte der Rehaklinik Z.____ hätten sich nach dem über einen Monat dauernden Aufenthalt ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation machen können und seien aufgrund der aktuellen Befunde, der klinischen Untersuchung sowie der bildgebenden Abklärungen zum Schluss gelangt, dass die geltend gemachten Restbeschwerden nicht objektiviert werden könnten (S. 3 Ziff. 6.1). Die zu hantierenden Gepäckstücke würden in der Economy-Klasse maximal 23 kg und in der Business-Klasse maximal 32 kg betragen. Da der Anteil der Businessfluggäste an der Gesamtzahl der Fluggäste sehr klein sei und die Economy-Fluggäste in den allermeisten Fällen die Gewichtslimiten einhalten würden, um nicht erhebliche Zuschläge zahlen zu müssen, sei davon auszugehen, dass die meisten Gepäckstücke die Limite von 23 kg nicht überschreiten würden (S. 4 Ziff. 6.2). Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung seien keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr ausgewiesen gewesen (S. 5).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik Z.____ überzeuge nicht. Die Beschwerdegegnerin übersehe dabei, dass die Kategorie für Arbeitsschwere von selten maximal zu hantierenden Lasten ausgehe. Demnach sei die Kategorie schwer (25 bis 40 kg) so zu verstehen, dass Lasten von 25 bis 40 kg selten maximal zu hantieren seien. Die von ihm ausgeübte Tätigkeit als Gepäcksortierer bestehe aber aus dem an dauernden repetitiven Hantieren von grossen Gewichten, erklärtermassen zehn Tonnen pro Schicht beziehungsweise zehn bis fünfzehn Tonnen am Tag. Sowohl seitens der Arbeitgeberin als auch seitens der behandelnden Ärzte sei schon früh darauf hingewiesen worden, dass diese angestammte Tätigkeit nicht wieder aufgenommen werden könne. Auch die Kreisärztin der Beschwerdegegnerin habe sich in ihrem Bericht vom 26. März 2014 so geäussert und die Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle durch die Arbeitgeberin sei aus gesundheitlichen Gründen erfolgt (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3). Auch der erhobene Vorwurf der gravierenden Verletzung der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht sei verfehlt, nachdem er bereits im November und Dezember 2013 wiederholte Arbeitsversuche unternommen habe, diese jedoch gescheitert seien (S. 5 Ziff. 4). Richtigerweise sei davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2015 noch eine namhafte Besserung überwiegend wahrscheinlich gewesen und die angefochtene Verfügung daher nicht gerechtfertigt sei (S. 7 f. Ziff. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2015 noch Beschwerden bestehen, die auf den Unfall vom 6. Oktober 2013 zurückzuführen sind, und ob von weiteren Behandlungsmassnahmen eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

E. 3.1

Die Erstkonsultation nach dem Unfall vom 6. Oktober 2013 fand gleichentags auf der chirurgischen Notfallstation des Spitals A.____ statt. Die verantwortlichen Ärzte diagnostizierten in ihrem Bericht vom 6. Oktober 2013 eine Hämatobursa Olekranon rechts. Der Patient berichte, er habe sich bei der Arbeit in der Gepäckverladung am Flughafen den Ellbogen rechts angeschlagen. Er habe weitergearbeitet und später beim Umkleiden, als er habe nach Hause gehen wollen, eine grosse, schmerzhaftige Schwellung über dem Olekranon rechts bemerkt. Röntgenologisch seien keine Hinweise auf eine

knöcherne Verletzung festgestellt worden (Urk. 8/6 S. 2).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, beschrieb in seinem Bericht vom 22. November 2013 (Urk. 8/14) einen Status nach massiver lateraler Ellbogen kontusion rechts mit initialer Hämatobursa und nun protrahiertem Schmerz verlauf, es bestünde jedoch sicher keine ossäre Läsion. Das Röntgenbild vom 19. November 2013 zeige korrekte Artikulationen am rechten Ellbogengelenk ohne Nachweis einer Fraktur. Die residuell noch etwas verdickte Bursa sei nicht für das Schmerzsyndrom verantwortlich, insgesamt dürfte es sich um persistierende Periostschmerzen beziehungsweise Muskelschmerzen handeln. Die weitere Therapie müsse in dieser Situation sicher konservativ funktionell bleiben, Physiotherapie erscheine nicht mehr sinnvoll (S. 1). Die Prognose dürfte gut sein. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde im Moment noch so belassen, eine mindestens teilweise Wiederaufnahme der Arbeit sollte bis in zwei Wochen wieder möglich sein (S. 2).

E. 3.3

Die MRI-Untersuchung am 28. Januar 2014 ergab einen Tennisellbogen rechts mit Partialruptur der gemeinsamen Extensorensehnen und des radialen Kollateralligamentes am Epicondylus radialis, des Weiteren eine Tendinopathie der distalen Bizepssehne bei ebenfalls nicht mehr ganz frisch imponierender, an satznaher Partialruptur mit einer angrenzend leichten Begleitbursitis. Hinweise auf eine ossäre Läsion wurden jedoch keine gefunden (Urk. 8/33).

E. 3.4

Am 26. März 2014 nahm Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie, Suva-Kreisärztin, Stellung (Urk. 8/47) und diagnostizierte eine Epicondylitis radialis (Tennisellbogen) bei Status nach Ellbogenkontusion mit Hämatobursa rechts am 6. Oktober 2013 (S. 4 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer berichte, er habe immer noch Schmerzen im Bereich der rechten Hand. Die anfänglichen starken Schmerzen seien weg, er habe aber einen Dauerschmerz. Sobald er die Hand bewege oder etwas hebe, habe er vermehrt Schmerzen und es käme zu einer Rötung im Bereich des Ellbogens (S. 3 Ziff. 3). Die klinische Untersuchung habe ein reizloses rechtes Ellbogengelenk ergeben. Sämtliche Provokationstests für eine Epicondylitis radialis seien positiv. Passiv liege eine freie Beweglichkeit im Ellbogen-, Handgelenk und in der Schulter vor. Grobneurologisch habe kein pathologischer Befund erhoben werden können. In der bisherigen Tätigkeit bei der Y.____ AG zum Umladen von Gepäck bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit. Am Schonarbeitsplatz (Computertätigkeit) sei der Beschwerdeführer weiterhin vollständig arbeitsfähig. Bezüglich der Epicondylitis beschwerden bei schwerer Ellbogenkontusion mit Hämatobursa müsse eine Teilkausalität angenommen werden. Mittlerweile seien nach dem Unfallereignis sechs Monate vergangen und anhand der vorliegenden Unterlagen und Angaben des Beschwerdeführers werde die Epicondylitis radialis nicht behandelt. Es erfolge keine Physiotherapie, keine Ultraschallbehandlung, keine Infiltration der Sehnenansätze und auch keine Epicondylitisbandage beziehungsweise Tape-Verband (S. 5 f.). Da bisher noch keine wirkliche Therapie der Epicondylitis durchgeführt worden sei, könne auch noch nicht von einem Endzustand ausgegangen werden. Sie empfehle daher dringend die Einleitung der entsprechenden Therapie. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei die Prognose zur Reintegration in die Y.____ AG eher als mässig zu betrachten, es sei fraglich, ob der Beschwerdeführer jemals wieder zehn bis fünfzehn Tonnen am Tag verladen könne (S. 6).

E. 3.5

In einem weiteren Bericht vom 25. September 2014 (Urk. 8/89) diagnostizierte Dr. C.____ Restbeschwerden der Epicondylitis radialis bei Status nach Ellbogenkontusion mit Hämato bursa rechts Oktober 2013 (S. 4 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer besuche wöchentlich eine Therapie, es werde Ultraschall gemacht, Laser, Dehnungsübungen und Tape, wobei er das Gefühl habe, das Tape würde ihm helfen (S. 3). Gemäss seinen Angaben habe sich seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vor knapp sechs Monaten keine Veränderung der Gesamtsituation ergeben, er habe immer noch die gleichen Beschwerden, könne den rechten Arm beziehungsweise Ellbogen immer noch nicht belasten und sämtliche Therapien, welche durchgeführt würden, hätten bisher zu keinem bleibenden Erfolg geführt (S. 4 Ziff. 5). Bei der klinischen Untersuchung finde sich ein reizloses rechtes Ellbogengelenk mit lokalem Druckschmerz über dem Epicondylus radialis. Das Ellbogengelenk sei stabil, sämtliche Provokationstests für eine Epicondylitis radialis seien positiv. Die Handkraft habe sich im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung verbessert. Bezüglich der Umfangmasse habe sich keine gravierende Veränderung in den letzten sechs Monaten ergeben, so dass man davon ausgehen müsse, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm und die rechte Hand insgesamt doch mehr im Alltag einsetze als angegeben werde.

Da aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchung und der bisher durchgeführten Therapie gesamthaft die aktuelle Situation aus medizinischer Sicht nicht erklär- oder nachvollziehbar sei, empfehle sie die Veranlassung eines Verlaufs-MRI des rechten Ellbogengelenkes. Sobald der Befund und die Bilder vorlägen, könne zur Arbeitsfähigkeit und der Kausalität Stellung genommen werden (S. 5).

E. 3.6

Nach MRI-Untersuchungen des rechten Ellbogens sowie des rechten Vorderarmes am 9. sowie 13. Oktober 2014 nannte der verantwortliche Arzt Dr. med. D.____, Oberarzt, Chirurgie, Spital A.____, in seinem Bericht vom 16. Oktober 2014 folgende Diagnosen (Urk. 8/93 S. 1): - Verdacht auf Plica-Syndrom bei persistierender und therapierefraktärer Epicondylitis lateralis (sowie medialis) bei verkürzter Unterarmmuskulatur sowie Pronationsbeschwerden im Vorderarmbereich nach traumatischer Hämato bursa Ellbogen rechts (dominant) im Oktober 2013 - bestätigter Verdacht auf traumatisch bedingtes, leicht ausgeprägtes Sulcus-Ulnaris-Syndrom rechts

Der klinische Befund sei im Prinzip unverändert zur Untersuchung am 30. September 2014 (S. 1). Das fehlende Ansprechen auf die Kortisonbehandlungen und der aktuelle Befund würden den Verdacht eines Plica-Syndroms nahelegen, bei welchem entzündetes Gewebe im Gelenk beziehungsweise im Gelenkspalt zum Beschwerdebild des Beschwerdeführers führen würde. Daher werde ein Strategiewechsel zum Operativen hin vorgeschlagen (S. 2).

Nach der Operation am 7. November 2014 hielt Dr. D.____ am 10. November 2014 fest, es erfolge eine Ruhigstellung des rechten Armes in einer Oberarmmanschette für vier Wochen. Anschliessend trage der Beschwerdeführer für weitere vier Wochen eine Unterarmmanschette. Eine Mobilisation ohne Belastung aus der Schiene heraus sei ab sofort möglich. Bis zur ersten klinischen Verlaufskontrolle in vier Wochen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/98 S. 2).

E. 3.7

In seinem Bericht vom 10. Dezember 2014 nannte Dr. D.____ folgende Diagnosen (Urk. 8/106 S. 1): - Plica-Syndrom bei persistierender und therapierefraktärer Epicondylitis lateralis (sowie medialis) bei verkürzter Unterarmmuskulatur sowie Pro-nationsbeschwerden im Vorderarmbereich nach traumatischer Hämatobursa Ellbogen rechts (dominant) im Oktober 2013 - bestätigter Verdacht auf traumatisch bedingtes, leicht ausgeprägtes Sulcus-Ulnaris-Syndrom rechts, Symptome nur leicht regredient - Status nach Epicondylitis lateralis Kombinationsoperation am 7. November 2014

Der Beschwerdeführer leide nach der Operation wie zu erwarten noch an recht starken Schmerzbeschwerden. Die Schmerzverarbeitung und die damit zusammenhängende Bereitschaft für die nötigen ergotherapeutischen Übungen seien leider deutlich verbesserungsbedürftig (S. 1). Die sehr eingeschränkte Mobilisation sei bereits bei den Verlaufskontrollen aufgefallen, es liege jedoch kein eigentliches Sprachverständnisproblem vor, sondern eine Einstellungsproblematik zum Konzept der geführten Eigentherapie am Schmerzlimit (S. 2).

Am 3. März 2015 verwies Dr. D.____ bei unveränderten Diagnosen auf eine erfreulicherweise deutlich verbesserte Schmerzsituation (Urk. 8/114 S. 2). Die gute Verbesserung und die Schmerzregredienz seien sehr ermutigende Zeichen. Nach nun gut vier Monaten sei der Patient damit noch völlig im Rahmen. Was leicht ausserhalb davon liege, sei die zwar verbesserte, aber immer noch eingeschränkte Mobilisation im Ellbogen, welche aber nun ohne die Schmerzbeschwerden aggressiv vorangetrieben werden könne. Zurzeit werde bei konsequenter Therapie, hauptsächlich von Seiten des Beschwerdeführers, ein nur leicht eingeschränkter Bewegungsumfang von etwa 15° bis 100° in etwa vier bis sechs Monaten prognostiziert, (S. 2).

E. 3.8

Vom 2. April bis 7. Mai 2015 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Z.____ auf. Im Austrittsbericht vom 7. Mai 2015 (Urk. 8/130) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1 lit. A): - Ellbogenkontusion rechts bei Unfall am 6. Oktober 2013 - traumatische Hämatobursa des Ellbogens rechts - Epicondylitis lateralis et medialis mit Partialruptur der Extensorensehne - traumatisch bedingtes, leicht ausgeprägtes Sulcus-Ulnaris-Syndrom rechts

Rund anderthalb Jahre nach der Ellbogenkontusion sowie ein halbes Jahr nach der operativen Behandlung der Epicondylopathia humeri radialis und des Sulcus ulnaris Syndroms lasse sich das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen mit den Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Der Beschwerdeführer zeige ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten. Das Desinteresse an jeglichen Therapiemodalitäten zur Besserung der Beweglichkeit bei gleichzeitig fehlender Muskelhypotrophie und völlig blandem MRI stünden in grossem Widerspruch zur stark eingeschränkten Ellbogenfunktion, den starken Schmerzen und den fluktuierenden Einschränkungen der Pro- und Supination sowie der eingeschränkten Handbeweglichkeit. Trotz erhaltener Zuversicht sei zumindest hintergründig eine gewisse Bedrücktheit, Ratlosigkeit und Besorgtheit spürbar gewesen. Eine psychische Störung von Krankheitswert sei dabei jedoch nicht auszumachen, die Besorgtheit liege noch in einem normalpsychologischen Bereich (S. 3). Es seien verschiedene Einzelbehandlungen durchgeführt worden und der Patient habe auch an einem multimodalen Therapieprogramm mit Gruppentherapien teilgenommen. Während des

Aufenthaltes habe keine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können bei gleichzeitig milder Steigerung der Ellbogenbeweglichkeit in der Streckung. Bezüglich Beurteilung habe sich keine messbare Veränderung ergeben. Gemäss den Angaben des Patienten hätten die Beschwerden im Laufe des Aufenthaltes eher noch zugenommen (S. 4). Von der Fortsetzung der Behandlung könne keine namhafte Besserung mehr erwartet werden (S. 2).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte aus, es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könne. Die bisherige Tätigkeit als Gepäcksortierer sei dem Beschwerdeführer ab dem 8. Mai 2015 ganztags zumutbar. Auch in jeder anderen körperlich schweren Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer selten mit Lasten zwischen maximal 25 und 45 kg zu hantieren habe, sei er vollständig arbeitsfähig (S. 2).

E. 3.9

Nach einer Nachuntersuchung am 30. Juni 2015 hielt Dr. D.____ in seinem Bericht vom 1. Juli 2015 bei unveränderten Diagnosen fest, seit dem letzten Bericht im März 2015 habe sich die Situation deutlich verbessert, trotz einer recht vernichtenden Beurteilung der Situation und Motivation durch die Ärzte der Rehaklinik Z.____ im Mai 2015. Der Patient zeige klinisch eine deutlich verbesserte Beweglichkeit und werde nun langsam zufrieden und beschwerdefreier (Urk. 8/155 S. 1). Wie von Beginn an benötige er länger als üblich für die Rehabilitation. Bei konsequenter Weiterführung der eigenständigen Bewegungs- und Kräftigungsübungen (Ergotherapie werde nicht mehr benötigt) werde in etwa vier bis sechs Monaten eine Annäherung an die unverletzte Seite erwartet. Er könne daher der Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z.____ nicht zustimmen und beurteile den Beschwerdeführer als zu 100 % arbeitsunfähig für leichte Tätigkeiten vom 30. Juni 2015 bis voraussichtlich 31. August 2015 mit einer sehr guten Wahrscheinlichkeit einer Verlängerung dieser Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 4

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Kübler-Zillig

E. 4.1

In seiner Beschwerde stellte sich der Beschwerdeführer insbesondere auf den Standpunkt, die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik Z.____ überzeuge nicht, nachdem die von diesen gewählte Kategorie einer schweren Tätigkeit für selten zu hantierenden Lasten von maximal 25 bis 40 kg gelte, er jedoch pro Schicht andauernd und repetitiv mit grossen

Lasten, erklärtermassen zehn Tonnen Gewicht pro Schicht, hantieren müsse (E. 2.2).

Gemäss den Angaben anlässlich des Opening-Erstgespräches am 8. Mai 2014, bei welchem auch ein Vertreter der früheren Arbeitgeberin anwesend war, arbeitete der Beschwerdeführer seit dem Jahre 2007 bei der Y. ___ AG und sortierte Gepäck mit Gewichten zwischen 20 und 30 kg, insgesamt zirka zehn Tonnen pro Schicht. Dabei handelte es sich um eine repetitive Tätigkeit (Urk. 8/54 S. 1). Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend festgehalten hat (vgl. E.2.1), betragen die Gewichtslimiten für Gepäckstücke bei den meisten Fluggesellschaften in der Economy-Klasse 23 kg beziehungsweise 32 kg in der Business-Klasse. Es entspricht zudem der allge meinen Lebenserfahrung wie auch der Klassenaufteilung in den Flugzeugen, dass die überwiegende Zahl der Flugpassagiere Economy-Klasse fliegen und aufgrund der hohen Zuschläge für Übergepäck die geltenden Gepäcklimiten einhalten. Damit wiegt ein zu hantierendes Gepäckstück in der Regel tatsächlich maximal 23 kg. Die Einstufung der Tätigkeit als Gepäcksortierer bei der Y. ___ AG durch die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ als körperlich schwere Tätigkeit, bei welcher lediglich selten mit Gewichten zwischen maximal 25 und 45 kg zu hantieren ist, ist demnach nicht zu beanstanden (vgl. E. 3.8).

Auch im Übrigen ist die Begründung der medizinischen Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ nachvollziehbar sowie plausibel und vermag - auch im Hinblick auf den fünfwöchigen Aufenthalt, während welchem der Beschwerdeführer stationär betreut wurde - in allen Punkten zu überzeugen. Die Ärzte verwiesen auf die völlig blanden Resultate der klinischen wie auch bildgebenden Untersuchungen und legten anschaulich dar, dass eine bei den angegebenen Beschwerden an sich erwartete Muskelhypotrophie fast vollständig fehle. Gleichzeitig zeige der Beschwerdeführer ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten sowie ein Desinteresse an jeglichen Therapiemodalitäten zur Besserung der Beweglichkeit. Diesbezüglich sei denn auch keine messbare Verbesserung eingetreten. Insgesamt hielten die Ärzte die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit als Gepäcksortierer wie auch jede andere schwere Tätigkeit seit dem 8. Mai 2015 als zumutbar und verwiesen ausdrücklich darauf, dass von einer weiteren Behandlung keine namhafte Verbesserung der gesundheitlichen Situation mehr erwartet werden könne (E. 3.8).

E. 4.2

Diese Beurteilung deckt sich im Übrigen mit den Ausführungen der Kreisärztin Dr. C. ____, welche bereits im September 2014 auf die Resultate der Kraftmessung sowie der Umfangmasse verwiesen hatte und davon ausgegangen war, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm sowie die rechte Hand im Alltag doch mehr einsetze als er insgesamt angebe (E. 3.5). Dass sie in einem früheren Bericht Ende März 2014 die Wahrscheinlichkeit einer Reintegration in die angestammte Tätigkeit als Gepäcksortierer als eher mässig eingestuft hatte, gründete darin, dass im damaligen Zeitpunkt noch keine wirklichen Therapien durchgeführt worden waren und der Endzustand noch nicht erreicht war (E. 3.5). Dies vermag an der mehr als ein Jahr später erfolgten, überzeugenden Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ nichts zu ändern.

E. 4.3

Demgegenüber ging Dr. D. ___ auch im Juli 2015 und damit mehr als andert halb Jahre nach dem Unfall im Oktober 2013 noch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in körperlich leichten Tätigkeiten aus. Dabei ging er je doch weder auf die von den Ärzten der Rehaklinik Z. ___ festgestellte fehlende Muskelhypotrophie noch die unauffälligen

MRI-Resultate ein. Auch an sonsten führte er keine Begründung dafür an, weshalb dem Beschwerdeführer trotz der festgestellten, deutlich verbesserten Situation mit verbesserter Beweglichkeit auch körperlich leichte Tätigkeiten wie Kontroll- oder Überwachungsaufgaben nicht zugemutet werden könnten (E. 3.8). Seine Beurteilung vermag insgesamt nicht zu überzeugen und es ist auf die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik Z.____, welche den Beschwerdeführer während des fünfwöchigen stationären Aufenthaltes betreuten, abzustellen.

E. 4.4

Der medizinische Sachverhalt ist demnach als dahingehend erstellt zu betrachten, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nach dem 30. Juni 2015 keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und dem Beschwerdeführer sowohl die bisherige als auch jede an dere körperlich schwere Tätigkeit wieder vollumfänglich zugemutet werden kann.

Damit ist der Entscheid der Beschwerdegegnerin, mit welchem diese die Kosten übernahme der Heilbehandlung sowie die Taggeldzahlungen nach dem 30. Juni 2015 einstellte, nicht zu beanstanden. Ebenso besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2015 erweist sich damit als rechtens. 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 Dominique Chopard -
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit

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