

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00249

vom 19. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00249

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00249 du 19 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00249 del 19 aprile 2018

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hat die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetz über die Unfallversicherung, UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen zu den Bestimmungen und Rechtsgrundsätzen betreffend Rückfälle und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV; BGE 123 V 137 E. 3a, 118 V 296 mit Hinweisen). Korrekt sind im Weiteren die Hinweise zu dem im Sozialversicherungsrecht bei der Beantwortung von Tatfragen üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und zu den Folgen einer Beweislosigkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; 126 V 353 E. 5a und 5b) sowie zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung medizinischer Berichte und Gutachten (BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen) und zur Beweiskraft von Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte (BGE 125 V 351 E. 3b/ee; Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2009 vom 26. Oktober 2009 E. 4.2.1) sowie zum rechtsprechungsgemäss gegebenenfalls zu berücksichtigen den Umstand, dass behandelnde Ärzte respektive Hausärzte sich in erster Linie auf die Behandlung konzentrieren und mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a-3b/cc). Darauf wird verwiesen.

E. 1.2

Zu ergänzen ist, dass Rückfälle und Spätfolgen gemäss Art. 11 UVV besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen. Ändern sich die tatsächlichen Verhältnisse nach einem verfügten Fallabschluss ohne unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente, entfällt die Möglichkeit einer Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), weil sich diese Bestimmung auf die Revision laufender Renten bezieht. Eine Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse kann im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung aber dadurch bewirkt werden, dass ein Rückfall oder Spätfolgen des seinerzeit rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend gemacht werden. Dieses Vorgehen entspricht dem in der Invalidenversicherung bestehenden Institut der Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs.

E. 1.3

Spätfolgen liegen vor, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden (mit oder ohne verbleibendem Defektzustand) im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen

bewirkt, die zu einem oft völlig anders gearteten Krankheitsbild führen. Beim Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise gar zu Arbeitsunfähigkeit kommt (SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen liess X.____ am 29. Oktober 2016 Beschwerde erheben, die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zu Erbringung von Versicherungsleistungen (Taggeld) und zum neuerlichen Entscheid über einen Rentenanspruch und eine Integritätsentschädigung beantragen. Eventualiter sei die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 20. Januar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit der Replik liess der Beschwerdeführer zwei ärztliche Berichte einreichen (Urk. 10, 11/1-2). Die Duplik der Beschwerdegegnerin datiert vom 28. März 2017 (Urk. 15), und wurde dem Beschwerdeführer am 29. März 2017 zur Kenntnis zugestellt (Urk. 16).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin bestritt ihre Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. A.____, gemäss welchen die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und der linken unteren Extremität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 15. März 2013 zurückzuführen seien (Urk. 2 S. 10 f.)

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen behaupten, dass die persistierenden Schmerzen im linken Fuss und in der rechten Schulter gemäss dem behandelnden Arzt Dr. med. B.____ wie auch gemäss der Beurteilung von Dr. C.____ klar auf den Unfall zurückzuführen seien. Die Schmerzen stünden mit einem Kunstfehler in Zusammenhang. Zudem sei bis anhin kein spezialisierter Facharzt beigezogen worden, weshalb sich eine Abklärung zum Beispiel durch einen Fusschirurgen aufdränge (Urk. 1, 10).

E. 2.3

Streitig ist zwischen den Parteien, ob die vom Beschwerdeführer geklagten und am 9. Dezember 2015 (Urk. 8/193) als Rückfall gemeldeten Beschwerden im Bereich des linken Fusses und später auch der rechten Schulter respektive des rechten Armes auf den Unfall vom 15. März 2013 zurückzuführen sind. Dabei gilt es im Folgenden zu prüfen, ob dieselben eine Spätfolge oder einen Rückfall im Sinne von Art. 11 UVV darstellen. Nicht zur Diskussion steht ein wiedererwünschtes Zurückkommen auf den Einspracheentscheid vom 8. August 2014 (Urk. 8/183) gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG, zumal ein solches im Ermessen des Versicherungsträgers liegen würde und dieser nicht vom Gericht dazu angehalten werden könnte (BGE 133 V 50).

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, vgl. Rumo-Jungo /Holzer , Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 79 mit Hinweis auf RKUV 1994 Nr. U 189, Urteil des Bundesgerichts 8C_643/2017 vom 4. Dezember 2017 E. 2.2). Bei der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2005 MV Nr. 1 , M 1/02 E. 1.2; RKUV 1997 Nr. U 275 , Urteile des Bundesgerichts 8C_571/2016 vom 24. März 2017 E. 3 und 8C_61/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 3.2).

E. 3.1

Das ursprüngliche Unfallversicherungsverfahren wurde mit unangefochten gebliebenem Einspracheentscheid vom 8. August 2014 (Urk. 8/183) ohne Leistungspflicht abgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin stützte ihren damaligen Entscheid im medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 24. April 2014 (Urk. 8/153, 8/183 S. 6). Der Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte darin folgende Diagnosen (Urk. 8/153 S. 9): - Sturz von einer Laderampe eines Transporters am 15. März 2013 mit - Achillessehnenruptur links - Handgelenkskontusion rechts - Schulterprellung rechts - Status nach anfänglich konservativer Behandlung - Status nach Achillessehnenplastik nach Lindholm am 7. November 2013.

Der Beschwerdeführer klagte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung noch über Bewegungsschmerzen der rechten Schulter und Belastungsschmerzen im Bereich der linken Wade sowie über fehlende Kraft in der rechten Hand (Urk. 8/153 S. 5). Der Befund im Bereich des linken Unterschenkels und Fusses lautete im Wesentlichen auf ziehende Beschwerden in der linken Wade bei einer Hocke über 90°, Schwellung im Innen- und Aussenknöchelbereich und einen Druckschmerz über der Achillessehnenmitte. Im Bereich der rechten Schulter/des rechten Armes notierte Dr. D.____ einen über dem Sulcus bicipitalis aus lösbaren Druckschmerz und eine Schmerzäusserung bei Abduktion und Aussenrotation gegen Widerstand sowie einen leichten Druckschmerz beim Zangengriff über dem distalen Unterarm und eine reduzierte Kraftmessung rechts im Handdynamometer bei nicht zu übersehender Selbstlimitierung (Urk. 8/153 S. 7 ff.). Die damals noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Fusses und des Unterschenkels beurteilte Dr. D.____ als unfallkausal; diejenigen im Bereich des rechten Schultergelenks/des rechten Armes seien nicht auf den Unfall zurückzuführen, habe doch ein MRI vom 28. Juni 2013 keine unfallbedingten Schäden gezeigt. Die angestammte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr im bisherigen Umfang zumutbar, jedoch erachtete Dr. D.____ den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/153 S. 9 f.). Auch Dr. med. E.____, stellvertretender Chefarzt der Chirurgie des Spitals F.____, ging am 8. April 2014 von einer uneingeschränkten

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (Urk. 8/151 S. 2). Die Beschwerde gegnerin lehnte darauf einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 3 % sowie einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ab (Urk. 8/183).

E. 3.2.1

Mit der Rückfallmeldung vom 9. Dezember 2015 liess der Beschwerdeführer zunächst Beschwerden im Bereich des linken Unterschenkels und Fusses geltend machen; seit 18. November 2015 sei gemäss Angaben seines Arbeitgebers der linke Fuss beziehungsweise die Wunde so sehr geschwollen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr arbeiten könne (Urk. 8/193).

Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, FA für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, erläuterte in zwei Überweisungsberichten vom 25. November 2015, dass der Beschwerdeführer seit dem Sturz vom 15. März 2013 über invalidisierende Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels mit einer Dysästhesie und immer wiederkehrende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter klagt. Der linke Unterschenkel sei deutlich geschwollen (Urk. 8/189, 8/190).

Eine Untersuchung im Spital F. ____, vom 24. Dezember 2015 führte zu folgenden Diagnosen (Urk. 8/194 S. 1): - Lymphödem, Narbenproblematik, Triggerband Gastrocnemius lateralis bei Status nach Achillessehnenplastik 11/2013 links - Triggerpunkte, subakromiales

Impingement, positive LBS-Zeichen und Scapuladysbalance Schulter rechts.

Die Röntgenaufnahme der rechten Schulter liess einen Akromiotyp II bei ansonsten unauffälliger Schulter erkennen. Bereits der Befund vom Juni 2013 (Urk. 8/65) habe keine signifikanten Auffälligkeiten gezeigt (Urk. 8/194).

Dr. med. G. ____, Oberärztin der Schmerzprechstunde des Spitals F. ____, führte in ihrem Bericht zu Händen von Dr. B. ____, vom 13. Januar 2016 aus, gemäss dem Bericht des Beschwerdeführers habe sich seit ihrer erstmaligen Abklärung Ende September 2014 kaum etwas verändert. Er habe noch immer Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe, der Wade und des linken Knöchels; die Schmerzen seien immer vorhanden, aber bei Belastung verstärkt. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich der linke Fuss ohne signifikante Schwellung oder Veränderung des Hautkolorits, die Wade mit langer, derber Operationsnarbe und lokalen Myogelosen sowie eine normale Beweglichkeit des Fusses. Mit dem Beschwerdeführer sei die Möglichkeit einer Neuraltherapie mit Narbeninfiltration und im Verlauf gegebenenfalls eine diagnostische lumbale Grenzstrangblockade zum Ausschluss einer Sympaticusbeteiligung am Schmerz geschehen besprochen worden (Urk. 8/207).

Gemäss Bericht des Spitals F. ____, vom 4. Februar 2016 an Dr. B. ____, hatten sich sowohl die Subacromialbeschwerden als auch die Beschwerden im Bereich des linken Fusses nach Aussage des Beschwerdeführers um 20 % gebessert. Aufgrund der Besserungstendenz habe er ab und zu "über die Stränge geschlagen". Er sei instruiert, Tramalpflichtige, schmerzauslösende Tätigkeiten konsequent zu unterlassen (Urk. 8/201).

Gemäss Arztzeugnis von Dr. B. ____, vom 18. Februar 2016 sei der Beschwerdeführer immer noch zu 100 % arbeitsunfähig; er unterziehe sich mehrmals wöchentlich einer physiotherapeutischen Behandlung (Urk. 8/205).

Auf Überweisung von Dr. B.____ untersuchte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, den Beschwerdeführer am 14. April 2016. Als auffälligsten Befund notierte er eine trophische Störung der linken Hand mit weitgehend fehlender Schweisssekretion. Ob dies mit dem Unfall in Zusammenhang stehe, sei eher fraglich, da der Beschwerdeführer erklärt habe, die Veränderung an der linken Hand bestehe erst seit dem Eingriff an der Achillessehne vom November 2013. Diese Anhidrose sei jedoch weiter abklärungsbedürftig. Im Zusammenhang mit den Beschwerden an der linken Achillessehne, beziehungsweise am linken Fuss, linken Knie und an der rechten Schulter schloss Dr. H.____ eine neurologische Mitbeteiligung aus. Die angegebene generelle Hemihypästhesie der linken Körperhälfte dürfte, gemäss Dr. H.____, funktionell sein (Urk. 8/216).

E. 3.2.2

Der Beschwerdeführer erklärte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. A.____ vom 20. Mai 2016, im November 2015 sei plötzlich eine Schwellung des gesamten linken Unterschenkels, welche sich bis auf den distalen Oberschenkel erstreckt habe, aufgetreten. Dabei seien starke Schmerzen im Bereich des linken Fusses und dort insbesondere im vorderen Sprunggelenksbereich und im Bereich der Achillessehne aufgetreten. Gleichzeitig hätten sich die Schmerzen in der rechten Schulter verstärkt. Durch die Physiotherapie hätten sich diese sehr gebessert; in den letzten zwei Wochen habe er im Bereich der rechten Schulter keine Beschwerden mehr gehabt. Die Schmerzen im linken Fuss seien trotz Lymphdrainage nach wie vor vorhanden und führten zur Arbeitsunfähigkeit. Auch leide er weiterhin unter einer Sensibilitätsschwächung in der linken Körperhälfte, welche nach der Achillessehnenoperation aufgetreten sei. Er habe dies dann zumal im Spital gemeldet, doch sei nichts notiert worden (Urk. 8/226 S. 7). Bezüglich der mittlerweile vollständig rückläufigen Symptomatik der rechten Schulter schloss Dr. A.____ auf eine Episode einer subakromialen Beschwerdesymptomatik. Da der versicherte Unfall keine strukturellen Läsionen nach sich gezogen habe, schätze er diese Symptomatik als unfallfremd ein. Nicht so einfach falle die Beurteilung bezüglich der linken unteren Extremität aus. Die Ursache des Ödems sei nicht einfach als Lymphödem infolge des operativen Eingriffs zu erklären. Dagegen spreche, dass dieses plötzlich ca. 2 Jahre nach dem operativen Eingriff aufgetreten sei und nach Angaben des Beschwerdeführers den ganzen Unterschenkel eingenommen und sich bis auf den distalen Oberschenkel erstreckt habe, wo die Umfangmessung auch tatsächlich ein Umfangplus von 2 cm ergebe. Am ehesten sei an eine Thrombose zu denken. Ein Lymphödem dürfte unfallbedingt nur im Bereich des distalen Unterschenkels und des Fusses möglich sein und würde zudem nicht erst 2 Jahre nach dem operativen Eingriff plötzlich auftreten. Dr. A.____ empfahl eine angiologische Abklärung in diesem Zusammenhang (Urk. 8/226).

E. 3.2.3

Dr. B.____ erklärte darauf am 25. Mai 2016, dass die Schwellung im Innen- und Aussenknöchelbereich bereits im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 24. April 2014 erwähnt worden sei. Dr. G.____ habe sodann am 23. September 2014 aufgrund der Schwellung ein CRPS (Komplexes Regionales Schmerzsyndrom) vermutet (Urk. 8/227).

Eine MR-Untersuchung des linken Unterschenkels vom 26. Mai 2016 liess eine Tendinitis im Rahmen einer vorbestehenden Tendinose der ansatznahen Achillessehne mit diskretem KM-Ödem am Achillessehnenansatz erkennen (Urk. 8/228).

Eine nichtinvasive angiologische Abklärung im Spital F.____ vom 15. Juni 2016 führte zur Beurteilung, dass sich eine normale Durchblutung beider Beine respektive Unterschenkel und Füße mit erhaltener Belassungsreserve zeige. Von arterieller Seite erachtete Dr. med. J.____, Leitender Arzt Angiologie, die Beschwerdesymptomatik mit Sicherheit nicht als erklärt. Von venöser Seite fän den sich bei suffizienten tiefen und oberflächlichen Stammvenen am linken Bein lediglich einzelne mediale Astvarizen am Unterschenkel, die in der Genese der leichten Ödemneigung und sicherlich im Rahmen der Beschwerden keine Erklärung seien. Der Hauptgrund für die Schwellungsneigung im Knöchelbe reich sei seines Erachtens das schmerzbedingte Schonhinken (Dependency -Ödem). Die angiologische Diagnose lautete auf eine chronisch venöse Insuffizienz im Stadium C3 bei Dependency -Ödem links bei Schonhinken, suffizienten tiefen und oberflächlichen Stammvenen und einzelnen Astvarizen am Unterschenkel (Urk. 8/229).

Eine weitere MR-Untersuchung im Spital F.____ vom 28. Juni 2016, nunmehr vom oberen Sprunggelenk (OSG) links, liess eine ventral betonte, aktivierte OSG-Arthrose erkennen, welche im Vergleich zum Vorbefund vom 9. Oktober 2013 (Urk. 8/242) weitgehend stationär sei. Der Radiologe Dr. med. I.____ sprach sich weiter dafür aus, dass der Befund nach alter medialer Bandverletzung/ Lig . Deltoidum -Verletzung bei kleinvolumigem Ossikel auf der Höhe der Malleolus

medialis -Spitze, beziehungsweise bei zusätzlich freiem, bereits im Oktober 2013 vorbestehendem Gelenkskörper (dd

Ossikel , dd Knorpelrest), sehr auf ein anteromediales

Impingement hinweise. Weiter erwähnte er ein unklares medial betontes Weichteilödem, betont am mittleren Fussrand , und eine nach der Operation bekannte Tendinose der Achillessehne, bei vorbeschriebenem leicht regredientem Reizzustand (Urk. 8/239).

E. 3.2.4

In einem Nachtrag zur kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Mai 2016 legte der Kreisarzt Dr. A.____ in Auseinandersetzung mit den zwischenzeitlich ein gegangenen medizinischen Akten dar, dass das MRT des OSG links vom 28. Juni 2016 und jenes des Unterschenkels vom 26. Mai 2016 einen nach Achillessehnennaht günstigen Befund bestätigen würden.

Dass man hier kleine re strukturelle Veränderungen (radiologisch als diskretes Kontrastmittelödem am Achillessehnenansatz beschrieben) sehe, sei nach der Vorgeschichte durchaus zu erwarten und stelle sicherlich keine ausgeprägte Tendinopathie beziehungsweise Tendinitis der Achillessehne dar. Bei einer solchen Diagnose müssten erhebliche intratendinöse Strukturveränderungen und

wesentlich ausgeprägtere peri achilläre Flüssigkeitsansammlungen im MRT erkennbar sein. Eine invalidisierende Tendinitis der Achillessehne im Sinne eines Rückfalls liege nicht vor.

Klinisch sei die Achillessehne beim kreisärztlichen Untersuch kräftig, suffizient gewesen, was auch mit dem MR-Befund korreliere. Auch sei von keinem andern Untersucher eine Achillessehneninsuffizienz beschrieben worden. Zu tolerieren de Restbeschwerden seien vorstellbar. Allenfalls sei eine im Bedarfsfall anzuwendende topische oder systemische Therapie mit NSAR als unfallkausal einzu schätzen. Alle ansonsten gefundenen strukturellen Veränderungen im Bereich der Sprunggelenke sowie die Ödemneigung und Behandlung derselben seien unfallfremd. Hier sei insbesondere die OSG-Arthrose erwähnt, welche schon im MRT vom 9. Oktober 2013 vorbestehend gewesen sei. Diese sowie die

nachge wiesenermassen ebenfalls vorbestehende alte Bandverletzung im Bereich des medialen Bandapparates seien kausal für das anteromediale

Impingement . Dass die minimalen residuellen Veränderungen am Ansatz der Achillessehne die vom Beschwerdeführer beschriebenen Ödeme auslösen könnten, sei pathophysiologisch nicht erklärbar (Urk. 8/245).

E. 3.2.5

Dr. B.____ sprach sich am 17. August 2016 dafür aus, dass gemäss der angiologischen Beurteilung von Dr. J.____ das Ödem im Bereich des linken Unterschenkels Folge des schmerzbedingten Schonhinkens sei. Die Achillessehne sei stark druckdolent, auch wenn die magnetresonanztomographischen Veränderungen neu eine leichte Peritendinitis mit erhaltener Sehnenkontinuität zeigen würden. Die vorbestehende OSG-Arthrose sei klinisch nicht im Vordergrund (Urk. 8/254).

Dr. C.____, welcher den Beschwerdeführer am 24. Oktober 2016 untersucht hatte, diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 eine Achillodynie bei Status nach Achillotomie und Achillessehnenplastik nach Lindholm am 7. November 2013 bei Partialruptur, eine gestörte Sudomotorik mit trockener, rauer Haut der linken Hand, bei unklarer Genese in Abklärung, und ein symptomatisches AC-Gelenk rechts. Der Beschwerdeführer habe anamnestisch berichtet, er habe sich beim Sturz von der Rampe am 15. März 2013 das rechte Handgelenk gebrochen, das rechte Knie verletzt und die Achillessehne links gerissen, welche sodann im November 2013 operiert worden sei. Die Operation habe dem Beschwerdeführer keine Besserung gebracht. Dr. C.____s Beurteilung lautete dahingehend, dass die Beweglichkeit der Sprunggelenke seitens gleich etwas vermindert sei und mit der ventral im OSG schon 2013 nachgewiesenen beginnenden Arthrose erklärt sein dürfte. Der klinische und radiologische Befund passe zu der anhand der Umfangmasse noch vorhandenen Schonung links. Nicht alle Befunde – wie zum Beispiel die Beschwielung und die Nageldystrophie – würden aber eine Differenz aufweisen. Aus der Verletzung könne nicht erklärt werden, aus welchem Grund der Beschwerdeführer in der Nacht noch Tramal nehme. Sicher wäre langes Stehen und viel Gehen nicht ganztags zumutbar. Das linke Sprunggelenk habe bereits unmittelbar nach dem Unfall eine moderate Arthrose gezeigt. Diese sei gemäss radiologischem Bericht nicht progredient. Bezüglich der rechten Schulter finde sich ein symptomatisches AC-Gelenk, ansonsten gebe es keine Anhaltspunkte für eine Schulterpathologie. Zwar sei es ein Glück, dass der Beschwerdeführer eine halbtägige Arbeit gefunden habe. Trotzdem könne aufgrund der erhobenen Befunde aus orthopädischer Sicht als Unfallfolge keine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die Einschränkung der Zumutbarkeit beim Gehen teile sich mit der Folge der Arthrose im oberen Sprunggelenk und betrage total nicht mehr als 20 %. Rein unfallbedingt liege die Arbeitsunfähigkeit bei 10 % (Urk. 8/265).

E. 4.1

Die Würdigung der oben wiedergegebenen medizinischen Akten führt insofern zu einer abschliessenden Beurteilung, als sich aufgrund der Aktenlage keine Zweifel daran rechtfertigen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2013 keine strukturellen Verletzungen im Bereich der rechten Schulter erlitten hat. Hiervon ging die Beschwerdegegnerin bereits im unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 8. August 2014 aus und sprach den dazumal noch vorhandenen Schulterbeschwerden die Kausalität ab (Urk. 8/183 E. 1b S. 3). Für die Annahme, dass die

rückfallweise geltend gemachten Schulterbeschwerden nunmehr auf den versicherten Unfall und die dabei erlittene Kontusion zurückzuführen seien, fehlt es an jeglichen Hinweisen, zumal die Röntgenaufnahme vom Dezember 2015 keinerlei Auffälligkeiten zeigte (vgl. Urk. 8/194). Die rückfallweise erstmals mit der Replik vom 24. Januar 2017 geltend gemachten Schmerzen am rechten Handgelenk (Urk. 10 S. 1) erwähnte der Beschwerdeführer weder gegenüber Dr. A.____ (vgl. Anamnese in Urk. 8/226 S. 7) noch gegenüber Dr. C.____ (Urk. 8/229). Sie fanden einzig Niederschlag in der Anamnese im Bericht von Dr. H.____ vom 15. April 2016, gaben jedoch auch dort keinen Anlass zu weiteren Abklärungen (Urk. 8/216), weshalb diesbezüglich eine rückfallbedingte Schädigung ohne Weiterungen auszuschliessen ist.

E. 4.2.1

Was die Folgen der Achillessehnenruptur, respektive die Folgen der operativen Versorgung derselben anbelangt, vermutet der Beschwerdeführer einen Kunstfehler und macht denselben für die von ihm rückfallweise gemeldeten ständigen Fusschmerzen und das Aufschwellen des Beines nach Anstrengung verantwortlich (vgl. Urk. 1 S. 2). Damit lässt er sinngemäss geltend machen, es liege eine mittelbare Unfallfolge im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 10 UVV vor, es sei mithin durch die unfallbedingte operative Versorgung der Achillessehnenruptur vom 7. November 2013 (vgl. Operationsbericht vom 8. November 2013, Urk. 8/113) ein Folgeschaden eingetreten. Abgesehen davon, dass insbesondere den medizinischen Akten keinerlei Hinweise zu entnehmen sind, welche darauf schliessen liessen, dass dem operierenden Dr. med. E.____ am 7. November 2013 ein Fehler unterlaufen sein könnte, und auch der Beschwerdeführer keine konkreten Anhaltspunkte hierfür vorbringen lässt, spricht der postoperative Verlauf gegen einen ärztlichen Kunstfehler. Der Beschwerdeführer erklärte nämlich Anfang April 2014 – mithin ein halbes Jahr nach der Operation –, dass er von Seiten des linken Fusses abgesehen von einem gelegentlichen belastungs- und bewegungsabhängigen Zwicken in der operierten Achillessehne zwischenzeitlich beschwerdefrei sei (vgl. Urk. 8/140, 8/151 S. 1). Auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. April 2014, welche sodann zur Leistungseinstellung per 31. Mai 2014 führte, stellte er die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter klar in den Vordergrund und erklärte, gehen sei sehr gut möglich, es bestünden (nur) noch Belastungsschmerzen im Bereich der linken Wade (Urk. 8/153 S. 5). Die damals festgestellte Schwellung im Bereich des linken Fusses (Urk. 8/153 S. 8) findet sich zudem bereits in den präoperativen Akten (vgl. Urk. 8/74 S. 3, 8/86 S. 4). Dass sich ein allfälliger Kunstfehler erst zwei Jahre nach der Operation im Zeitraum der Rückfallmeldung vom 9. Dezember 2015 ausgewirkt haben könnte, scheint unwahrscheinlich und es besteht kein Anlass zu diesbezüglichen weiteren Abklärungen, umfasst doch auch die richterliche Abklärungspflicht nicht unbezweifeltes alles, was von einer Partei behauptet wird (BGE 110 V 48 E. 4a).

E. 4.2.2

Zur Frage nach dem Ausmass und der Unfallkausalität der am 9. Dezember 2015 neuerlich als behandlungsbedürftig und eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit verursachend gemeldeten Beschwerden im Bereich des linken Fusses, ist zu berücksichtigen, dass die mehrfach diagnostizierte Arthrose im oberen Sprunggelenk unbestrittenermassen vorbestehend, mithin nicht unfallkausal ist. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4) lassen die medizinischen Akten zudem nicht ohne Weiteres den Schluss zu, dass die Arthrose klinisch nicht im Vordergrund steht. So äusserte der Radiologe Dr. I.____ auf Grund

der MR-Untersuchung vom 28. Juni 2016 im Zusammenhang mit der als aktiviert bezeichneten Arthrose im OSG links den Verdacht auf ein anterome diales

Impingement (Urk. 8/239) und Dr. C.____ ging von Einschränkungen beim Gehen aufgrund der Arthrose aus (Urk. 8/265 S. 3).

Der Beweis, dass neben den möglicherweise arthrotisch und damit unfallfremd verursachten Beschwerden im Bereich des rechten OSG behandlungsbedürftige und/oder die Arbeitsfähigkeit einschränkende Beschwerden im Zusammenhang mit der Teilruptur der Achillessehne vorliegen, obliegt grundsätzlich dem Beschwerdeführer (vgl. obige E. 1.2) und zwar in dem Sinne, dass er die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hätte (vgl. obige E. 1.1). Jedoch gilt es zu berücksichtigen, dass gemäss Art. 36 Abs. 1 und 2 UVG auch eine blosser Teilursächlichkeit einen Leistungsanspruch zu begründen vermöchte.

Eine solche Teilursächlichkeit aber lässt sich – entgegen den diesbezüglichen Schlussfolgerungen der Beschwerdegegerin (Urk. 2 S. 10 ff.) – bei der gegebenen Aktenlage nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen. So steht die Schlussfolgerung von Dr. A.____ vom 28. Juli 2016, wonach die MRT-Befunde sicherlich auf keine ausgeprägte Tendinopathie beziehungsweise Tendinitis der Achillessehne schliessen liessen (Urk. 8/245 S. 1), zumindest nicht im Einklang mit der Diagnosestellung von Dr. J.____ vom 15. Juni 2016, welcher gestützt auf den MR-Befund vom 26. Mai 2016 (Urk. 8/228) auf eine persistierend symptomatische ausgeprägte Tendinopathie der Achillessehne schloss (Urk. 8/229). Immerhin liess die MR-Untersuchung im ansatznahen Bereich der Achillessehne eine hyperintense Signalveränderung in den T1w und den T2w sowie eine Verbreiterung von 1,4 cm und ein geringes subkutanes Ödem erkennen (Urk. 8/228). Die leichte Verdickung der Achillessehne, welche von Dr. C.____ palpirt werden konnte (vgl. Urk. 8/265 S. 1 unten), findet sich nicht im Befund von Dr. A.____ vom 23. Mai 2016 (Urk. 8/226 S. 8 unten), was die Befunderhebung durch den letzteren zumindest als nicht vollständig erscheinen lässt. Nicht abschliessend zu überzeugen vermag die Beurteilung von Dr. A.____ auch insofern, als er, nachdem auf seine Empfehlung vom 23. Mai 2016 hin (Urk. 8/226 S. 10) die angiologische Abklärung im Spital F.____ (Urk. 8/229) durchgeführt worden war, zur Einschätzung der Schwellungsneigung vom Angiologen Dr. J.____ als Dependency -Ödem im Nachtrag vom 28. Juli 2016 nicht nachvollziehbar Stellung nahm und einen Zusammenhang der Ödemneigung zum versicherten Unfall letztlich ohne ein lässliche und überzeugende Begründung verneinte (Urk. 8/245). Angesichts dessen kann für die abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität der rückfallweise gemeldeten Beschwerden im Bereich des linken Fusses nicht auf die Einschätzung von Dr. A.____ abgestellt werden.

Dr. C.____ sprach sich in seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 für ein grundsätzlich nachvollziehbares Zusammenspiel der arthrosebedingten Beschwerden und derjenigen aufgrund der Achillessehnenverletzung sowie eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 10 % aus, ohne darzulegen, weshalb die Arbeitsfähigkeit durch die von ihm diagnostizierte Achillodynie eingeschränkt sei, mithin, wodurch die 10%ige Einschränkung konkret verursacht werde und ob diese anhaltend sei. Auf die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. B.____ kann angesichts der deutlich abweichenden Beurteilungen von Dr. A.____ und auch von Dr. C.____ sowie aufgrund der Erfahrungstat sache, dass

behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. obige E. 1.1), eben falls nicht abgestellt werden.

Damit lässt die momentane Aktenlage eine abschliessende Beurteilung, ob und in welchem Umfang seit dem ab 18. November 2015 gemeldeten Rückfall im Bereich des linken Fusses Unfallfolgen vorliegen und in welchem Umfang die selben die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, nicht zu. Die Beschwerdeführerin wird hierzu ergänzende medizinische Abklärungen bei einer auf Fusschirurgie/-orthopädie spezialisierten Institution wie zum Beispiel dem Fusszentrum der Klinik Hirslanden oder demjenigen der K.____ Klinik einzuholen haben. Dabei wird zu klären sein, welche Beschwerden auf die Achillessehnenruptur und deren operative Versorgung zurückzuführen sind und wie dieselben insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit von der festgestellten Arthrose abzugrenzen sind. Ebenfalls abschliessend abzuklären sein wird die Bedeutung der Ödemneigung des Beschwerdeführers und deren Zusammenhang mit dem Unfall, wobei angesichts der festgestellten trophischen Störung der linken Hand, der Nägeldystrophien und der vom Beschwerdeführer geklagten Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Körperhälfte (Urk. 8/216, 8/226 S. 7 ff.) eine allfällige neuropathische Komponente und deren Zuordnung ebenfalls abzuklären sein dürfte. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, vor Erteilung eines Begutachtungsauftrags einen Bericht beim Universitätsspital Q.____ zur im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2016 erwähnten (vgl. Urk. 8/226 S. 10 2. Abschnitt) neurologischen Untersuchung betreffend die trophische Störung der linken Hand einzufordern.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 5

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gasser Küffer

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