

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00255 vom 19. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00255

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00255 du 19 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00255 del 19 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

2. Oktober 2016 fest (Urk. 8/37, 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 blosse 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 bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 2

S. 6 f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Einspracheentscheid damit, dass gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Leistungen mangels Kausalität der Schulterbeschwerden per 10. April 2016 einzustellen seien (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Vertreterin der Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, dass bezüglich der Schulterbeschwerden keine Diskussion über eine richtungsgebende Verschlimmerung der Beschwerden stattgefunden habe. Bezüglich des Sachverhalts sei dabei von einem deutlich schwereren Unfallereignis auszugehen, als es dem Bundesgerichtsurteil 8C_100/2016 zugrunde gelegen sei (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 3.1

Dr. B.____ diagnostizierte im Rahmen seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 15. Januar 2016 einen Sturz am 10. Juli 2015 auf die linke (richtig wohl rechte) Seite mit Schürfwunden im Bereich der rechten Hand, der Schulter und des rechten Kniegelenkes sowie eine vorbestehende Gonarthrose rechts. Im Bereich des rechten Knies sei eine vorbestehende Gonarthrose traumatisiert worden, aber ohne posttraumatische strukturelle Läsion, weshalb hier in etwa nach vier Wochen der Vorzustand erreicht sei. Bezüglich der rechten Schulter solle ein Arthro-MRI durchgeführt werden, um eine genaue Diagnose zu erhalten. Falls auch im Bereich der rechten Schulter keine posttraumatischen strukturellen Läsionen zu finden seien, wäre der Status quo sine neun Monate nach dem Unfall als erreicht zu betrachten (Urk. 8/17).

E. 3.2

Anlässlich der MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenkes wurde eine komplette transmurale Ruptur der Supraspinatussehne ohne Sehnenretraktion, eine Ansatzentzündung der Infraspinatussehne und leichtgradige Tendinopathie der langen Bizepssehne sowie eine diskret aktivierte ACG-Arthrose festgestellt. Weiter wurde ein Verdacht auf Recessus

sublabralis geäußert, DD: SLAP-II-Läsion (Urk. 8/19).

E. 3.3

In seinem Nachtrag betreffend Untersuchung vom 25. Januar 2016 (17. März 2016) nahm Dr. B.____ zur Bildgebung vom 25. Februar 2016 Stellung. Die Untersuchung habe degenerative Läsionen ergeben, insbesondere im Bereich der Supraspinatussehne, wo eine komplette transmurale Ruptur diagnostiziert worden sei. Bei einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne komme es sehr rasch innerhalb Wochen zu einer Atrophie und zu einer Muskelverfettung. Dies sei hier jedoch nicht der Fall gewesen. Der Muskelbauch werde als normal beschrieben, so dass eine Sehnenschädigung vorliege, welche degenerativ und altersbedingt erfolgt sei. Eine solche Degeneration beginne oft im 40. Lebensjahr, und bei 60-jährigen Patienten würden sich oft solche Befunde finden lassen. Dies werde bestätigt durch andere Tendinopathien und auch durch die Einengung des Subakromialraumes im Sinne eines Impingements; solche würden immer zu einer Minderdurchblutung der Rotatorenmanschette und deshalb zu einer langsamen Schädigung derselben führen. Auch die Anamnese bestätige dies, denn manchmal sei die Beschwerdeführerin tagsüber beschwerdefrei. Hier sei demnach eine deutlich vorgeschädigte Schulter traumatisiert worden, es sei aber zu keinen posttraumatischen strukturellen Läsionen gekommen. Somit spiele neun Monate nach dem Unfall dieser überwiegend wahrscheinlich im Geschehen der Schulter keine Rolle mehr (Urk. 8/21).

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. April 2016 eine posttraumatische Supraspinatusruptur rechts mit instabiler Bizeps- longus -Sehne bei Status nach Sturzereignis vom 10. Juli 2015 mit multiplen Kontusionen und Distorsion sowie Hyperabduktion der rechten Schulter. Mittelfristig empfehle er bei dieser biologisch sich in sehr gutem Zustand befindlichen Patientin die Supraspinatusrekonstruktion (Urk. 8/27).

Mit Schreiben vom 17. Mai 2016 hielt Dr. C.____ fest, dass aus seiner Sicht entsprechend der Anamnese wie auch der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Befunde mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit ein direkter Kausalzusammenhang zwischen der Schulterpathologie mit dem Unfallereignis vom 10. Juli 2015 besteht (Urk. 8/31).

Eine subacromiale Infiltration der rechten Schulter mit Lidocain und Kenacort erfolgte am 30. Juni 2016 (Urk. 8/33).

E. 4.1

Soweit die Beschwerdeführerin den (als Versicherungsmediziner für die Suva tätigen und von der Beschwerdegegnerin als Vertrauensarzt hinzugezogenen [vgl. etwa Urk. 2 S. 5 Ziff. 1 und 4]) Dr. B.____ sinngemäss als versicherungsinternen Arzt (Urk. 1 S. 7 Ziff. 15) bezeichnet, ist Folgendes festzuhalten: Auch Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/201

E. 4.2

Dr. B.____ legt den medizinischen Sachverhalt in seinem Bericht vom 25. Januar 2016 sowie insbesondere in der nach dem MRI erstatteten ergänzenden Stellungnahme vom 17. März 2016 in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise dar; insbesondere setzt er sich ausführlich mit dem bildgebenden Material auseinander und erläutert die Befunde. Seine Einschätzung erscheint dabei widerspruchsfrei, so dass (unabhängig davon, ob Dr. B.____ im vorliegenden Fall als versicherungsinterner Arzt zu gelten hat) grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Daran vermögen die Ausführungen von Dr. C.____ nichts zu ändern. Zum einen ging

Dr. C.____ in seiner Einschätzung anamnestisch von einer Dislocation und Hyperabduktion der Schulter aus. Ein solcher Unfallhergang kann den echtzeitlichen Akten aber nicht entnommen werden. So diagnostizieren die Fachärzte des erstbehandelnden A.____ eine Kontusion der Wirbelsäule sowie eine Kontusion der Schulter rechts bei Verdacht auf nicht dislozierte Fraktur Tuberculum

majus

der Schulter (Urk. 8/14). Auch der ärztliche Zwischenbericht vom 2. November 2015 erwähnt lediglich eine Wirbelsäulenkontusion sowie eine schwere Schulterprellung rechts (Urk. 8/15). Bei dieser Sachlage ist hinsichtlich der Schulterverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich von einer schweren Kontusion auszugehen. Bezüglich der nun mehr allein fraglichen Schulterverletzung erscheint die Unfallschwere mit dem Sachverhalt, wie er dem Urteil 8C_100/2016 zugrunde liegt, vergleichbar. Bei einer Schulterkontusion infolge

eines Leitersturzes aus zwei Metern Höhe wurde der Unfallhergang als nicht geeignet bezeichnet, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken (erwähntes Urteil 8C_100/2016 E. 5). Bei dieser Würdigung der medizinischen Akten erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass der Unfall lediglich zu einer vorübergehenden, nicht aber zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung der degenerativ vorgeschädigten rechten Schulter geführt hat. Diesem Sachverhalt wird mit der anerkannten neunmonatigen Leistungspflicht Rechnung getragen. Abgesehen davon begründet e

Dr. C.____ seine Einschätzung der Sachlage nicht ausführlich; insbesondere setzt er sich nicht mit den Argumenten von Dr. B.____ auseinander. Eine lediglich pauschale Anerkennung der Kausalität aber vermag den detaillierten Bericht von Dr. B.____ nicht in Frage zu stellen.

E. 4.3

Nach dem Gesagten erscheint die Einstellung der Leistungen neun Monate nach dem Unfallereignis per 10. April 2016 als rechtens. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. Y.____ - Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

E. 6

vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

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