

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00164 vom 16. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00164

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00164 du 16 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00164 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 26. August 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Arbeitsunfähigkeit ist gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

E. 1.3

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m . Art. 6 ATSG; BGE 137 V 199 E. 2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG) .

E. 1.4

Steht fest, dass die versicherte Person unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat der Versicherungsvertragsnehmer sie dazu aufzufordern und ihr zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse sowie zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Taggeld geschuldet bleibt. Diese Übergangsfrist bemisst sich nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles und ist in der Regel auf drei bis fünf Monate festzulegen. Nach deren Ablauf entspricht der für die Bemessung des Taggeldes massgebende Arbeitsunfähigkeitsgrad der Differenz zwischen dem Einkommen, das ohne Unfall im bisherigen Beruf verdient werden könnte, und dem Einkommen, das im neuen Beruf zumutbarerweise zu erzielen wäre. Diese Grundsätze gelten (unter Vorbehalt der Bestimmungen über die Koordination mit den Taggeldern der Arbeitslosenversicherung) auch für arbeitslose Versicherte (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2014 vom 23. Februar 2015 E. 3.2).

Ist die versicherte Person, die Taggeldleistungen bezieht, arbeitslos, so erbringt die Unfallversicherung gemäss Art. 25 Abs. 3 UVV die ganze Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 50 Prozent beträgt, und die halbe Leistung, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als 25, aber höchstens 50 Prozent beträgt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 und weniger Prozent besteht kein Taggeldanspruch. Bei dieser Norm handelt es sich rechtsprechungsgemäss um eine Koordinationsbestimmung zwischen der Unfall- und der Arbeitslosenversicherung. Deren Anwendung setzt das Zusammentreffen von Taggeldern der Unfallversicherung mit solchen der Arbeitslosenversicherung voraus. Diese Regelung greift daher nur dann Platz, wenn die versicherte Person bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_889/2014 vom 23. Februar 2015 E. 3.3, 8C_173/2008 vom 20. August 2008 E. 2.2 mit Hinweisen).

Die durch die Pflicht zur Schadenminderung gebotene Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in einem anderen als dem angestammten Tätigkeitsbereich bildet aber die Ausnahme vom Grundsatz, wonach für die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit auf die tatsächliche Einschränkung im zuletzt ausgeübten Beruf abzustellen ist (BGE 141 V 625 E. 4.1; Urteil 8C_714/2018 vom 5. März 2019 E. 4.4.2).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 versicherungs in ternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

G egen den Einspracheentscheid vom 8. Juni 2018 erhob der Versicherte mit Ein gabe vom 9. Juli 2018 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm nach dem 30. November 2017 Tag gelder auszurichten. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 11 . Oktober 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, g emäss Dr. Z.____ bestehe ab Untersuchungsdatum (14. August 2017) eine volle Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des von ihm erstellten Belastungsprofils. Die unfallbedingte Ein schränkung führe zu keiner Erwerbseinbusse. Unter Gewährung einer Über gangs frist bestehe ab 1. Dezember 2017 kein Taggeldanspruch mehr (Urk. 2 S.3 ff.) .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf den Bericht des AXA-internen Arztes Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Es sei ein externes Gutachten in Auftrag zu geben. Die von der Beschwerdegegnerin gewährte Übergangsfrist sei zu kurz bemessen (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 2.3

Streitig ist der Taggeldanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Dezember 2017. Dabei liegt zu Recht ausser Streit, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung über diesen Zeitpunkt hinaus weiterhin eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war. 3.

3.1

Im Bericht der Universitätsklinik A.____ , Orthopädie, vom 31. August 2016 wurde die Diagnose eines Verdachts auf distale Bicepssehnenruptur Ellbogen links nach Unfall vom 26.08.2016 gestellt. Es wurde ausgeführt, klinisch bestehe der starke Verdacht einer distalen Bicepssehnenruptur . Im extern durchgeführten CT habe keine Fraktur nachgewiesen werden können (Urk. 8/M1). 3.2

Der Radiologiebefund vom 2. September 2016 ergab – soweit bei Bewegungs artefakten beurteilbar – eine Rissbildung der Bicepssehne am Ansatz der Tuber o sitas

radii mit einer Dehiszenz von etwa 3,5 cm sowie ein perifokales Hämatom (Urk. 8/M4). 3.3

Am 6. September 2016 wurde in der Universitätsklinik A.____ eine offene Refix ation der distalen Bicepssehne des linken Ellbogens durchgeführt. Im Austritts bericht vom 9. September 2016 wurde ein komplikationsloser intra- und postope rativer Verlauf bei gut therapierbaren Schmerzen erwähnt. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung habe sich problemlos gestaltet (Urk. 8/M2-M3). 3.4

Im Bericht der Universitätsklinik A.____ , Orthopädie, vom 27. September 2016 betreffend die Untersuchung vom 21. September 2016 wurde die Diagnose eines Status nach offener

Refixation der distalen Bizepssehne Ellbogen links am 06.09.2016 mit/bei distaler Bizepssehnenruptur Ellbogen links vom 26.08.2016 genannt. Der Verlauf sei zeitgerecht (Urk. 8/M9) . 3.5

Im Bericht derselben Klinik vom 19. Oktober 2016 wurde eine regelrechte Verlaufskontrolle mit noch unverändertem Extensionsdefizit bei verbesserter Flexion festgehalten. Radiologisch zeige sich eine regelrechte Ankerlage (Urk. 8/M11) . 3.6

Die Skelettszintigraphie vom 25. Oktober 2016 ergab eine aktive Insertionsstelle oder Tendoperiostose als aktives Periostphänomen des Musculus

biceps

brachii an der Tuberositas

radii und wahrscheinlich in Überprojektion auch ulnar links sowie nebenbefundlich ein Verdacht auf posttraumatischen Umbau im MCP II links (Urk. 8/M12). 3.7

Im Bericht der Universitätsklinik A.____, Orthopädie, vom 19. Januar 2017 betreffend die Verlaufskontrolle vom 18. Januar 2017 wurde ausgeführt, es zeige sich ein protrahierter Verlauf mit jedoch leichter kontinuierlicher Verbesserung. In seiner Tätigkeit als Lagerist sei der Beschwerdeführer aktuell noch arbeitsunfähig (Urk. 8/M15). 3.8

Im Bericht der selben Klinik vom 7. April 2017 zuhanden der IV-Stelle wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei letztmalig am 18. Januar 2017 in der Verlaufskontrolle gewesen. Es habe sich ein protrahierter Verlauf mit jedoch leichter kontinuierlicher Verbesserung gezeigt. Da nach wie vor Schmerzen im Ellbogen gelenk und ein Extensionsdefizit bestünden, sei die Arbeit als Lagerist noch nicht durchführbar. In einer administrativen Tätigkeit sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Frage, ob mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, wurde bejaht (Urk. 8/M24) . 3.9

Die MRI-Untersuchung vom 23. März 2017 hat der Beschwerdeführer nach zwei Untersuchungssequenzen abgebrochen, weshalb eine konklusive Beurteilung nicht möglich war (Urk. 8/M20) . 3.10

Am 29. März 2017 wurde ein CT des linken Ellbogens durchgeführt. Dieses zeigte eine erhaltene Artikulation im Ellenbogengelenk, keine Luxation, keine Subluxation und einen Status nach Re-Implantation der langen Bizepssehne an der Tuberositas

radii mit objektivierbaren zwei Schrauben. Das Osteosynthesematerial sei intakt. Es bestehe kein akut entzündliches oder Knochen destruirendes Geschehen. Es bestünden auch weiterhin keine Frakturen und kein Gelenkerguss. Die umgebenden Weichteile seien regelrecht (Urk. 8/M21) . 3.11

Im Bericht der Universitätsklinik A.____, Orthopädie, vom 21. April 2017 betreffend die Verlaufskontrolle vom 19. April 2017 wurde ausgeführt, es bestehe weiterhin ein unerfreulicher klinischer Verlauf. Es bestehe unverändert eine stark eingeschränkte Extensionsfähigkeit mit einem Defizit von ca. 30° und rezidivierende Dys- sowie Hypästhesien im Versorgungsgebiet des N. medianus (Urk. 8/M22) . 3.12

Das MRI des Ellbogen links vom 25. April 2017 ergab eine intakte Bizepssehnen-Rekonstruktion und keine Hinweise auf eine Pathologie im Verlauf des Nervus medianus (Urk. 8/M26). 3.13

Im Bericht der Universitätsklinik A.____, Zentrum für Paraplegie, vom 27. April 2017 wurde die Diagnose eines Verdachts auf leichtgradiges Carpal tunnel syn drom (CTS) links gestellt (Urk. 8/M23). 3.14

Im Bericht der Universitätsklinik A.____, Orthopädie, vom 19. Mai 2017 betreffend die Verlaufskontrolle vom 17. Mai 2017 wurde festgehalten, gestützt auf den Neurologiebefund vom 27. April 2017 sei klinisch-neurologisch gegebenenfalls über ein beginnendes oder sehr leichtgradiges Carpal tunnel syndrom (CTS) zu diskutieren. Der neurophysiologische Befund sei als sehr diskret zu werten. Bei persistierender Problematik müsse eine Revision mittels Arthrolyse des Ellbogens und Neurolyse N. medianus und gegebenenfalls eine Karpaltunnelpaltung besprochen werden (Urk. 8/M25). 3.15

Im Schreiben derselben Klinik vom 14. Juni 2017 an den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin wurde ausgeführt, es zeige sich ein deutlich protrahierter Verlauf mit eingeschränkter Ellbogengelenkbeweglichkeit sowie neuropathischen Beschwerden bei fraglicher Neurokompression im Bereich des Ellbogens postoperativ. Aufgrund der persistierenden Schmerzen sei eine erneute Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis am 30. Juni 2017 ausgestellt worden. Arbeiten mit belastenden Tätigkeiten der oberen rechten Extremität seien zum aktuellen Zeitpunkt sicherlich nicht zumutbar (Urk. 8/M28). 3.16

Im Bericht der Universitätsklinik

A.____, Zentrum für Paraplegie, vom 14. Juli 2017 wurde ausgeführt, es werde nach wie vor von einem beginnenden oder sehr leichtgradigen Carpal tunnel syndrom linksseitig ausgegangen (Urk. 8/M32). 3.17

Am 14. August 2017 wurde der Beschwerdeführer vom beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH Chirurgie, untersucht. Dr. Z.____ stellte die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit:

Überlastungen linker Ellbogen am 26.08.2016 mit - Ruptur der distalen Bizepssehne im Ansatzbereich - Status nach Refixation der Bizepssehne - anhaltender eingeschränkter Beweglichkeit des Ellenbogens und Belastbarkeit des linken Arms - bei anhaltenden physiotherapeutischen Bemühungen.

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit stellte er die folgenden: - geringe Sensibilitätsstörungen am linken Unterarm und den Fingern I-III bei Verdacht auf geringgradig ausgeprägtes Carpal tunnel syndrom - dringender Verdacht auf Cervikobrachialgie - Status nach Schulterprellung bei freier Beweglichkeit des linken Schultergelenkes.

Dr. Z.____ führte aus, die klinische Untersuchung zeige eine intakte distale Bizepssehne. Bei dem Versuch, das Ellenbogengelenk über das oben genannte Mass zu strecken, werde vom Beschwerdeführer deutlich aktiv dagegen gespannt und es erfolge eine Schmerzäusserung. Es liege zurzeit keine Arbeitsfähigkeit als Chauffeur mit Ladetätigkeit vor. Diese Tätigkeit, insbesondere das Beladen des Lieferwagens, sei zu schwer. Ausserdem bestehe durch die mangelhafte Streckfähigkeit eine zu grosse Einschränkung, um dieses Fahrzeug sicher bewegen zu können. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe ab dem Untersuchungstag (14. August 2017) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des folgenden Belastungsprofils: Für den linken Arm seien leichte Arbeiten mit einem Gewichtslimit von 8 kg, was insbesondere auch für eine Zugbelastung Gültigkeit

habe, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten wegen der erhöhten Absturz gefahr und ohne Arbeiten an stossenden , schlagenden und vibrierenden Maschi nen zumutbar. Dies bedeute eine Belastung von maximal 16 kg, wenn das Ge wicht mit beiden Händen gehalten werden müsse. Der rechte Arm alleine sei deutlich höher belastbar. Die Akten der Universitätsklinik A.____ seien in ihrer Befunderhebung vollumfänglich nachvollziehbar und zeigten den Heilungsver lauf lückenlos auf. Wesentliche Differenzen zu der heutigen Untersuchung zeigten sich nicht (Urk. 8/M33). 3. 1 8

Im Bericht der Universitätsklinik A.____ , Orthopädie, vom 23. August 2017 be treffend die Verlaufskontrolle vom 21. August 2017 wurden die folgenden Diag nosen genannt: - St. n. offener Refixation distale Bizepssehne (2x Superquick) Ellbogen links am 06.09.2016 mit/bei: - Distaler Bizepssehnenruptur Ellbogen links vom 26.08.2016 - Vd . a. Supinatorsyndrom links - leichtgradiges CTS links - Neurophysiologie A.____ 07/2017: Diskrete Hinweise auf N. media nus-Neuropathie im Bereich des Handgelenkes

Es wurde ausgeführt, am 14. April 2017 habe eine erneute neurophysiologische Nachkontrolle stattgefunden, dabe i habe sich ein leichtgradiges K arpaltunnel syndrom linksseitig gezeigt . Sollten die konservativen Therapiemassnahmen keine genügende Beschwerdeverbesserung mit sich bringen, müsse dann gegebenen falls die operative Therapie mit Karpaltunnelspaltung, Neurolyse des N. medianus sowie Arthrolyse des Ellbogengelenkes diskutiert werden (Urk. 8/M34). 3.19

Im Bericht der selben Klinik vom 18. Oktober 2017 betreffend die Verlaufs kontrolle vom 11. Oktober 2017 wurde festgehalten, die Beschwerden im Bereich des Ellbogens mit Ausstrahlung in die Schultern seien nach wie vor unklar. Diese könnten möglicherweise auf Adhäsionen im Bereich der Narbe der Bizepssehne zum Medianus als auch radialis hin bedingt sein. Unklar seien weiterhin die Schmerzen im Schultergelenk. Die Karpaltunnelspaltung sei indiziert. Des weiteren bleibe bei Beschwerdepersistenz lediglich die Exploration, Tenolyse sowie allfällige Neurolyse des Medianus und des Nervus radialis (Urk. 8/M36). 3.20

Im Bericht derselben

Klinik vom 13. Dezember 2017 wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer zeige sich nun nach mehr als einem Jahr nach distaler Bicepssehnen-Refixation weiterhin eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit Betonung auf den linken Ellbogen. Die Hauptschmerzen seien im Narbenbereich im Bereich der distalen Bicepssehne lokalisiert. Die Schmerzen strahlten einerseits ins Medianusversorgungsgebiet , aber auch in das Radialisversorgungsgebiet aus. Neurophysiologisch habe eine Durchtrennung der Nerven ausgeschlossen werden können. Da die Situation für den Beschwerdeführer sehr unzufriedenstellend und der Leidensdruck sehr hoch sei, werde eine Narbenrevision im Ellbogenbereich geplant. In der selben Operation werde eine Karpaltunnelspaltung durchgeführt (Urk. 8/M38). 3.21

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B.____ , Facharzt FMH Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2018 fest, die Beschwer den stünden immer noch überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzu sammenhang zum Unfall vom 26. August 2016. Die im Januar 2018 geplante Operation sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die Ar b eitsunfähigkeit nach einem solchen Eingriff betrage für leidensangepasste Tätigkeiten sechs bis acht Wochen (Urk. 8/M42). 3.22

Die Operation (Ellenbogen Revision links Exploration/Dekompression N. medianus und N. radialis sowie PIN mit Narbenrelease/ Tenolyse

Bizepssehne und Karpal tunnelspaltung links) wurde am 8. Februar 2018 in der Universitätsklinik A.____ durchgeführt (Urk. 8/M43-M44). 3.23

Im Bericht der Universitätsklinik A.____, Orthopädie, vom 28. März 2018 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Zustand nach Dekompression N. medianus und N. radialis sowie PIN mit Narbenrelease/ Tenolyse

Bizepssehne und Karpaltunnelspaltung links vom 08.02.2018 mit/bei: - Narbenadhäsion und dynamische Koression N. medianus und radialis

Ellenbeuge bei St. n. Bizepssehnenreinsertion distal 06.09.2016 Ellbogen links - starke Restbeschwerden bei St. n. offener Refixation distale Bizepssehne Ellbogen links am 06.09.2016 mit/bei: - Distaler Bizepssehnenruptur Ellbogen links vom 26.08.2016 - leichtgradiges CTS links - Neurophysiologie A.____ 07/2017: Diskrete Hinweise auf N. medianus-Neuropathie im Bereich des Handgelenkes - Verdacht auf Supinatorsyndrom links

Es wurde ausgeführt, die noch bestehenden Restbeschwerden würden noch im normalen postoperativen Verlauf gesehen. Es werde von einer Besserung in den nächsten ein bis zwei Monaten ausgegangen (Urk. 8/M50). 3.24

Im Bericht derselben Klinik vom 9. Mai 2018 betreffend die Verlaufskontrolle vom 25. April 2018 wurde festgehalten, es zeige sich eine leichte Besserung der subjektiven Beschwerden. Objektiv zeige sich ein mittlerweile vollständig extensibles Ellbogengelenk, gute Haut- und Narbenverhältnisse und Restbeschwerden der Nervenkompression bezüglich Tenolyse (Urk. 8/M52). 3.25

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 30. April 2018 aus, der pro trahierte Heilungsverlauf habe seine Ursache im Wesentlichen in einer Narbenbildung im Bereich des Operationsgebietes an der linken Ellenbeuge. Zusätzlich bestünden Schulterbeschwerden und Beschwerden aufgrund eines Karpaltunnels links. Die Beschwerden inklusive der Bewegungseinschränkung seien durch die intraoperativ erhobenen Befunde erklärt. Die Narbenbildung habe eine Streckung im Ellbogengelenk verhindert (40° Streckhemmung) und sei zumindest zum Teil auch für die Schmerz sensation ursächlich gewesen. Lediglich die Beschwerden im linken Ellenbogen und die sensiblen Störungen distal davon seien mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu werten. Die Beschwerden im Schultergelenk sowie das Karpaltunnelsyndrom seien nicht unfallkausal. Hier habe keine Verletzung stattgefunden. Die Beweglichkeit habe sich durch die Operation vom 8. Februar 2018 im linken Ellenbogengelenk wesentlich verbessert. Die Arbeitsfähigkeit müsse in ca. einem Monat neu beurteilt werden. Es sei mit einer deutlich höheren Belastbarkeit zumindest unfallbedingt zu rechnen (Urk. 8/M59). 3.26

Die Universitätsklinik A.____, Orthopädie, beantwortete die Fragen der Beschwerdegegnerin am 22. Mai 2018 dahingehend, dass der Beschwerdeführer seit 5. September 2016 100 % arbeitsunfähig sei. In einer anderen Tätigkeit (z.B. Büro) sei er arbeitsfähig (Urk. 8/M57). 3.27

Am 25. Juni 2018 wurde der Beschwerdeführer von Dr. Z.____ untersucht. In seinem Bericht vom 25. Juni 2018 führte Dr. Z.____ aus, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe

weiterhin keine Arbeitsfähigkeit. Diese werde voraussichtlich Ende 2018 wieder erreichbar sein. Für eine leistungsgerechte Tätigkeit bestehe, wie vom A.____ bestätigt, eine volle Arbeitsfähigkeit unter Beachtung des Belastungsprofils. Für den linken Arm seien leichte Arbeiten mit einem Gewichtslimit von 5 kg, was insbesondere auch für eine Zugbelastung gültig sei, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten wegen der erhöhten Absturzgefahr und ohne Arbeiten an stossenden, schlagenden und vibrierenden Maschinen zumutbar. Dies bedeute eine Gesamtgewichtslastbelastung von maximal 10 kg, wenn das Gewicht mit beiden Händen gehalten werden müsse. Für den rechten Arm bestünden keine Einschränkungen. Es sei noch kein Endzustand erreicht. Damit dürfe bis Ende 2018 gerechnet werden. Die Belastung des linken Arms könne in 1/4 Jahr sukzessive auf eine Vollbelastung bis Ende 2018 gesteigert werden (Urk. 8/M60). 4.

4.1

Den Stellungnahmen

des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. Z.____, ist für die streitigen Belange voller Beweiswert zuzuerkennen. Diese stützen sich auf die den Verlauf seit dem Unfallereignis vom 26. August 2016 lückenlos dokumentierenden Berichte der behandelnden Ärzte der Universitätsklinik A.____ sowie auf eigene unfallchirurgische Untersuchungen. Dr. Z.____ hatte Kenntnis der relevanten Vorakten, hat detaillierte Befunde erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Er hat die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Es liegen keine medizinischen Beurteilungen vor, die wesentlich von der Einschätzung von Dr. Z.____ abweichen würden. Weitere Abklärungen erübrigen sich daher.

Gemäss den Ausführungen von Dr. Z.____ war der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Chauffeur/ Magaziner am früheren Arbeitsort zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leistungsgerechten Tätigkeit bestehe allerdings eine volle Arbeitsfähigkeit 4.2

Bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder in einem anderen Aufgabenbereich berücksichtigt werden. Eine berufliche Tätigkeit in einem anderen als dem angestammten Tätigkeitsbereich ist jedoch nur dann zu berücksichtigen, wenn feststeht, dass der Gesundheitszustand stabil ist, ein Berufswechsel zumutbar ist, der Versicherungsträger die versicherte Person zu einem Berufswechsel aufgefordert hat und eine angemessene Übergangsfrist eingeräumt wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_714/2018 vom 5. März 2019; 8C_889/2014 vom 23. Februar 2015 und 8C_173/2008 vom 20. August 2008).

Vorliegend war die unfallbedingte Heilbehandlung bei Einstellung der Taggeldleistungen per 30. November 2017 noch nicht abgeschlossen. In Bezug auf den für die Beurteilung der Streitsache in zeitlicher Hinsicht massgebenden Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheides (8. Juni 2018) verwirklicht hat, kann nicht von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden.

Gestützt auf die Ausführungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin Dr. Z.____ sowie auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Universitätsklinik A.____

konnte im massgebenden Zeitpunkt

der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch nicht abschliessen und beurteilt werden.

So wurde bereits in den Berichten der Universitätsklinik A.____ vom 19. Mai und 23. August 2017 eine erneute Operation in Erwägung gezogen (Urk. 8/M25 und Urk. 8/M34). Diese wurde schliesslich am 8. Februar 2018 durchgeführt (Urk. 8/M43-M44) . Dr. Z.____

führte in seiner Stellungnahme vom 30. April 2018

sodann aus, der protrahierte Heilungsverlauf habe seine Ursache im Wesentlichen in einer Narbenbildung im Bereich des Operationsgebietes an der linken Ellenbeuge.

Die Beschwerden inklusive der Bewegungseinschränkung seien durch die intraoperativ erhobenen Befunde erklärt. Die Narbenbildung habe eine Streckung im Ellenbogengelenk verhindert und sei zumindest zum Teil auch für die Schmerzsensation ursächlich gewesen . Die Beweglichkeit habe sich durch die Operation vom 8. Februar 2018 im linken Ellenbogengelenk wesentlich verbessert. Die Arbeitsfähigkeit müsse in ca. einem Monat neu beurteilt werden. Es sei - zumindest unfallbedingt -

mit einer deutlich höheren Belastbarkeit zu rechnen (Urk. 8/M59).

Gestützt auf die medizinischen Akten konnte im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides noch nicht abschliessend beurteilt werden, ob überhaupt ein Berufswechsel angezeigt war oder ob der Beschwerdeführer in Zukunft allenfalls wieder in seiner bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig sein könnte . Dr. Z.____ ging denn auch in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2018 – zwei Wochen nach Erlass des Einspracheentscheides - davon aus, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit voraussichtlich Ende 2018 wieder ausüben könne.

Nach dem Gesagten

konnte

weder im Zeitpunkt der Taggeldeinstellung noch bei Erlass des Einspracheentscheides von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden , welcher einen Berufswechsel gerechtfertigt hätte . Die von der Beschwerdegegnerin verfügte Taggeldeinstellung erfolgte somit zu Unrecht . 4.3

Zusammenfassend sind die von der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 6 Satz 2 ATSG nicht erfüllt. Die Arbeitsunfähigkeit ist daher weiterhin aufgrund von Art. 6 Satz 1 ATSG und somit aufgrund der bisherigen Tätigkeit zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer über den 1. Dezember 2017 hinaus in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war, hat er weiterhin Anspruch auf ein volles Taggeld. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und somit nicht zu prüfen ist die Frage, auf welchen Zeitpunkt hin ein Fallabschluss vorzunehmen gewesen wäre. 4.4

Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer auch über den 1. Dezember 2017 hinaus Anspruch auf ein Taggeld aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % hat. 5.

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem vertretenen Beschwerdeführer eine angemessene Parteientschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1

und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 1'8 00.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG

vom 8. Juni 2018 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer auch nach dem 30. November 2017 Anspruch auf Taggelderleistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin

wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'8 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Leicht

E. 7

), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. Oktober 2018 mitgeteilt wurde (Urk.

E. 9

). 3.

Die gegen die Verfügung der Invalidenversicherung vom 20. Oktober 2017 erhobene Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens IV.2017.1276 bildet, wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen. 4.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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