

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00273

vom 9. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00273

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00273 du 9 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00273 del 9 agosto 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). Dem entsprechend 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 9. Oktober 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

Am 15. März 2017 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Rückfall per 16. Februar 2017 (Urk. 7/6). Mit Schreiben vom 21. März 2017 teilte die Suva dem behandelnden Hausarzt sowie dem Versicherten mit, sie könne noch keine Stellung dazu nehmen, ob sie Versicherungsleistungen erbringen werde (Urk. 7/12-13). Am 11. Mai 2017 verneinte sie mit formlosem Schreiben mangels eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 9. Oktober 2016 und den geltend gemachten Beschwerden eine über den 1

E. 1.2.1

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 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 weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2.2

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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles 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. 1.3

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).

E. 1.4

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die beweiskräftigen Berichte des Kreisarztes Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Radiologie, würden belegen, dass die geltend gemachten Ellbogenbeschwerden spätestens seit dem 25. Januar 2017 nicht mehr auf das Unfallereignis vom 9. Oktober 2016 zurückzuführen seien. Die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vermöge daran nichts zu ändern. Dieser sei selber zum Schluss gekommen, der Beweis für die Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden könne nicht erbracht werden (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2018 führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, die Ausführungen von Dr. A.____ würden im Widerspruch zu seinem Operationsbericht stehen. Aufgrund der Beschwerdeentwicklung könne eine Kausalität zwischen dem Unfallereignis und dem Ellbogenschaden klar aus geschlossen werden. Die Versicherungsleistungen seien daher zu Recht per 16. Februar 2017 eingestellt worden (Urk. 6). 2.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, die fundierte Beurteilung des Dr. A.____ lasse Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes aufkommen, insbesondere auch,

weil dieser über keine Fachausbildung im Bereich Traumatologie verfüge. Da die Beschwerdeführerin ihre Leistungspflicht anfänglich anerkannt habe, trage sie die Beweislast dafür, dass keine Kausalität zwischen dem Unfall und den Beschwerden mehr bestehe. Sie könne diesen Beweis nicht erbringen und sei daher weiterhin leistungspflichtig. Weiter stellte er sich auf den Standpunkt, eventualiter sei ein externes Gutachten einzuholen, da ein solches bei versicherungsinternen Beurteilungen bereits bei geringen Zweifeln unabdingbar sei (Urk. 1). 3. 3.1

Am 9. Dezember 2016 wurde ein Röntgenbild des rechten Ellbogens des Beschwerdeführers erstellt. Als Befund wurde Folgendes vermerkt (Urk. 7/9) : - Stellung und Artikulation regelrecht. Kein Gelenkserguss - kleine Verkalkungen an der Olekranonspitze - abgerundetes Knochenfragment direkt angrenzend an die Aussenseite der Trochlea

humeri wie bei Status nach altem ossärem Ausriss - kein Gelenkserguss 3.2

Im Bericht des B. ___ vom 12. Dezember 2016 wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 7/17 S. 1): - posttraumatische Ansatz tendinopathie der Trizepssehne Ellbogen rechts, DD : Harnsäure- Kristallopathie der Bursa olecrani rechts - Hyperurikämie unter Allopurin-Therapie

Bei der Untersuchung seien keine Anhaltspunkte für eine Bursitis olecrani im klassischen Sinn gefunden worden. Die Situation spreche eher für eine Ansatz tendinopathie der Trizepssehne mit begleitender Schwellung der Bursa olecrani . Aufgrund der vorbestehenden Hyperurikämie komme differentialdiagnostisch auch die traumatische Entleerung eines Harnsäurekristaldepots in Frage (Urk. 7/17 S. 2). 3.3

Am 25. Januar 2017 wurde der Beschwerdeführer radiologisch untersucht. Die Bildgebung zeigte unter anderem folgende Befunde (Urk. 7/10 S. 1): - Gelenkserguss und Kapsel: dezenter Gelenkserguss, Kapsel intakt - Artikulation: symmetrisch, keine Subluxationstellung , keine freien Gelenkkörper, 9 mm grosses Ossikel am ulnaren Epicondylus an der Insertion des humeralen

ulnaren Kollateralbandes, einem älteren ossären Bandausriss entsprechend - Knochenmark: deutlich ödemäquivalentes T2-Signal am Olekranon im Ansatzbereich der Trizepssehne , die Olekranonspitze zeigt deutliche ossäre Arrosionen

Es liege eine starke Insertionstendinopathie der Trizepssehne am Olekranon mit hochgradiger Partialruptur vor. Bei Status nach einem Trauma sei dies am ehesten die Folge einer nicht verheilten Partialruptur mit chronischem Dauerreizzustand. Aufgrund der Knochenarrosion, welche untypisch für ein Posttrauma sei, sei jedoch differentialdiagnostisch auch eine Enthesitis bei Gicht zu erwägen, zumal laborchemisch eine Hyperurikämie vorherrsche (Urk. 7/10 S. 1).

Nebenbefundlich sei ein älterer ossärer Bandausriss des Ligamentum collaterale ulnare am humeralen Ursprung zu erwähnen (Urk. 7/10 S. 1). 3.4

Am 21. Februar 2017 wurde beim Beschwerdeführer eine Bursektomie Olecrani rechts vorgenommen (Urk. 7/22 S. 1). 3.5

Am 9. März 2017 wurde der Beschwerdeführer erneut am rechten Ellbogen operiert. In seinem Operationsbericht führte Dr. A. ___ aus, bei der Operation würden sich die bekannte

Knochenmulde sowie der Defekt im Bereich der Trizeps insertion zeigen. Es würden Verkalkungen respektive kleine Fragmente sowie tendinopathisches Gewebe exzidiert. Anschliessend werde die Sehne refixiert (Urk. 7/21 S. 2). 3.6

Am 15. Juni 2017 nahm der Kreisarzt, Dr. Z.____, Stellung zum Fall und führte aus, beim Versicherten seien auf dem Röntgenbild vom 9. Dezember 2016 bereits kleine kalkdichte Strukturen in Projektion unmittelbar proximal des Olecranon erkennbar. Derartige Strukturen benötigten üblicherweise relativ lange zur Entstehung und würden häufig auf eine chronische Entzündung hindeuten. Im MRT vom 25. Januar 2017 sei neben der Partialruptur des Tendo

musculi

tricipitis

brachii auch eine Erosion im Bereich dessen Ansatzes zu sehen, wobei das Knochenmark diffus leicht ödematös sei. Eine derartige Erosion könne nicht die Folge eines Traumas, sondern nur Folge eines osteolytischen Prozesses sein wie zum Beispiel eine Entzündung oder eine Neolase. In Frage kämen vorliegend eine Gicht oder seronegative

Arthropathien. Da der Versicherte unter Gicht leide, sei diese die mit Abstand wahrscheinlichste Ursache für die Entzündung im Bereich des Ellbogengelenks. Es sei bekannt, dass durch die Gicht befallene Sehnen nicht selten spontan rupturieren (Urk. 7/43 S. 3). 3.7

In seinem Bericht vom 14. Juli 2017 führte der behandelnde Arzt Dr. A.____ aus, radiologisch seien einerseits Ossifikationen im Bereich des ulnaren Seitenbandes und andererseits ein Fragment im Bereich der distalen Tricepssehne

erkennbar gewesen. Dies würde gut zur Anamnese sowie dem klinischen Befund einer Avulsionsverletzung der Tricepssehne passen. Im MRI sei ein Defekt im Bereich des Olecranon, in Grösse und Form passend zum Fragment, festgestellt worden. Er teile die Meinung des Kreisarztes, dass es sich um eine Arrosion oder ektope Ossifikation handle, nicht, da intraoperativ das Fragment mit der Defektgrösse übereingestimmt habe (Urk. 7/49). 3.8

Nachdem Dr. Z.____

am 21. Juli 2017 an seiner Einschätzung festgehalten hatte (Urk. 7/50), nahm Dr. A.____ am 5. Dezember 2017 noch einmal Stellung zum Fall. Er legte dar, der Versicherte habe vor dem Unfall unter keinen Ellbogenbeschwerden gelitten. Das Röntgenbild vom 9. Dezember 2016 habe keinen Erguss, sondern eine Veränderung im Sinne eines abgerundeten Knochenfragments

aus einseitig der Trochlea

humeri

sowie einen Status nach altem ossärem Ausriss der Tricepssehne gezeigt. Nachdem im MRI eine starke Insertionstendinopathie

der Tricepssehne

mit hochgradiger Partialruptur nach anamnestischen Trauma sichtbar gewesen sei, habe sich der Versicherte für eine Operation entschieden. Dabei sei der Defekt am Olecranon und

ein korrespondierendes Fragment an der distalen Tricepssehne

débridiert und teilweise reseziert worden. Das Fragment sei eine gute Erklärung für den Mechanismus des Ausschlagens (Urk. 7/56 /2-4). 3.9

In seinem Bericht vom 1. Juni 2018 führte Dr. Z. ___ aus, es sei irrelevant, dass der Versicherte vor dem Unfallereignis über keine Beschwerden geklagt habe, da durch Gicht verursachte Schäden relativ rasch auftreten

würden. Man könne dies am Verlauf zwischen den Röntgenaufnahmen vom 9. Dezember 2016, der Bildgebung vom 25. Januar 2017 und dem intraoperativen Befund feststellen. Während das Röntgenbild erst kleine Verkalkungen gezeigt habe, seien knapp zwei Monate später bereits ausgedehnte entzündliche Veränderungen im Olecranon erkennbar gewesen. Intraoperativ sei dann eine Avulsion des knöchernen Ansatzes der Sehne beschrieben worden. Da der Ausriss des knöchernen Ansatzes weder im Röntgenbild noch im MRI zu sehen gewesen sei, müsse sich dieser nach Erstellung des MRI zugetragen haben. Zu berücksichtigen sei weiter, dass bei der pathologischen Untersuchung der Bursa olecrani keine Anhaltspunkte für ältere Einblutungen vorliegen hätten. Ein starker Schlag, der eine Schädigung des Tendo

musculi

tricipitis

brachii oder eine Fraktur zur Folge hätte, würde jedoch zwangsläufig zu einer Quetschung der Bursa führen, was sich durch solche Einblutungen zeigen würde (Urk. 7/62). 3.10

Dr. A. ___ legte in seinem Bericht vom 3. Juli 2018 dar, Dr. Z. ___ habe unberücksichtigt gelassen, dass in der Gewebeprobe der Bursa, die nach der Operation vom 22. Februar 2017 eingeschickt worden sei, keine Uratkristalle nachgewiesen werden konnten. Dies spreche dagegen, dass die Ellbogenbeschwerden auf die Gichterkrankung zurückzuführen seien. Ob das Fragment an der Tricepssehne, welches gut in den entsprechenden Defekt am Olecranon gepasst habe, durch den Unfall ausgeschlagen worden sei oder die Gicht das gleiche Bild verursachen könne, könne nicht bewiesen werden. Die Argumentation des Dr. Z. ___ sei jedoch nicht in allen Punkten logisch (Urk. 7/65 /7-9). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin stütze ihren Entscheid auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. Z. ___ . Dessen Beurteilung erweist sich als umfassend. Er setzte sich nicht nur eingehend mit den Vorakten sowie den Stellungnahmen des Dr. A. ___ auseinander, sondern legte die medizinischen Zusammenhänge sowie seine Schlussfolgerungen einleuchtend und überzeugend dar. 4.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Darlegungen des Dr. A. ___ , der im Gegensatz zu Dr. Z. ___

über ausgewiesenes Fachwissen im Bereich chirurgische Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates verfüge, würden an dessen Beurteilung zweifeln lassen (Urk. 1).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hängt der Beweiswert einer ärztlichen Expertise unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können, weshalb ein entsprechender, dem Nachweis der

erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt wird (Urteile des Bundesgerichts 8C_65/2010 und 8C_66/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1). Wie der Beschwerdeführer richtig ausführt, verfügt Dr. Z. ___ über einen Facharztstitel im Bereich Radiologie, währenddem

es sich bei Dr. A. ___ um einen Fachspezialisten für Chirurgie sowie orthopädische und chirurgische Traumatologie des Bewegungsapparates handelt.

Strittig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Gichtkrankung des Beschwerdeführers als kausal für seine Ellbogenbeschwerden erachtete. Dr. Z. ___ führte in seinem Bericht vom 1. Juni 2018 aus, die Inzidenz von Gichtkrankungen in westlichen Ländern sei relativ gering. Die Erkrankung verursache radiologisch nachweisbare Veränderungen, weshalb sich Radiologen häufiger damit befassen würden als beispielsweise Chirurgen (Urk. 7/62). Dr. A. ___ wies in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2018 darauf hin, dass Dr. Z. ___ als Radiologe darauf spezialisiert sei, MRI-Bilder zu beurteilen (Urk. 7/65 S. 8). Auch wenn es sich bei der Gicht um eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Bereich handelt, erweist sich Dr. Z. ___ daher vorliegend als fachlich qualifiziert zur Beurteilung der Frage, ob die radiologisch sichtbaren Veränderungen mit dem Krankheitsbild einer Gicht übereinstimmen. Allein der Umstand, dass er über keinen Facharztstitel im Bereich orthopädische Chirurgie und Traumatologie verfügt, vermag daher keine Zweifel an seiner Einschätzung zu begründen.

Dr. A. ___ legte ausführlich dar, weshalb seiner Einschätzung nach ein Trauma überwiegend wahrscheinlich für die Ellbogenbeschwerden des Beschwerdeführers sei. Dabei stützte er seine Argumentation mehrheitlich darauf, dass das an der Trizepssehne befindliche Fragment zum Defekt am Olecranon gepasst habe, was sich sowohl in der Bildgebung als auch intraoperativ gezeigt habe und dafür spreche, dass dieses durch ein Trauma ausgeschlagen worden sei (Urk. 7/49, 7/56 /2-4, 7/65 /7-9). Entgegen seiner Darstellung war jedoch weder im Röntgenbild vom 9. Dezember 2016 noch im MRI vom 25. Januar 2017 ein Entsprechen des Fragment sichtbar

(Urk. 7/9, 7/10 S. 1). Im Operationsbericht wurde über Verkalkungen respektive kleine Fragmente berichtet, die exzidiert worden seien. Ein einzelnes Fragment, welches exakt zum Defekt am Olecranon passen würde, wurde indes nicht beschrieben (Urk. 7/21). Wie Dr. Z. ___ überzeugend ausführt, ist dies nur damit zu erklären, dass sich das Fragment erst nach Erstellung des MRI-Bildes, mithin nach dem 25. Januar 2017, löste (Urk. 7/62 S. 3). Dies spricht jedoch gegen eine Kausalität zwischen dem Unfallereignis und dem Ausriss. Weiter ist zu berücksichtigen, dass bereits die Radiologen, welche die tomographische Bildgebung vom 25. Januar 2017 beurteilten, darauf hinwiesen, dass die sichtbare Knochenarrosion untypisch für ein Posttrauma sei,

und differentialdiagnostisch eine Enthesitis bei Gicht in Erwägung zogen (Urk. 7/10 S. 1). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einer Gichtkrankung leidet (Urk. 7/42 S. 15). Diese Aspekte liess Dr. A. ___ unberücksichtigt. Auch zum Umstand, dass keine Einblutungen in der Bursa sichtbar waren, äusserte er sich nicht. Aus diesen Gründen vermag seine Einschätzung keine Zweifel an der Beurteilung des Dr. Z. ___ zu begründen. Daran ändert nichts, dass in der exzidierten Gewebeprobe keine Harnsäurekristalle nachgewiesen werden konnten. Die Probe stammte nicht vom potentiell befallenen Gewebe, was vom zuständigen Chefarzt bestätigt wurde (Urk. 7/43 S. 3, vgl.

auch Urk. 7/41), weshalb sich aus den Resultaten nichts Relevantes bezüglich Kausalität ableiten lässt. 5.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilung des Dr. Z. ___ abgestellt hat. Weitere medizinische Abklärungen erweisen sich nicht als notwendig. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 16. Februar 2017 ist nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG).
Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Orion Rechtsschutz-Versicherung AG - Suva - 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
Die Gerichtsschreiberin
Vogel
Curiger

E. 6

. Februar 2017 hin ausgehende Leistungspflicht (Urk. 7/27 /1-2). In der Folge ersuchte der Versicherte darum, mit dem Erlass einer Verfügung zuzuwarten, da er sich an den Ombudsmann gewandt habe (Urk. 7/31). Mit Schreiben vom 26. und 29. Mai 2017 erteilte die Suva den behandelnden Ärzten Kostengutsprache für die Folgen des Unfallereignisses vom 9. Oktober 2016 (Urk. 7/35-38) und stellte ihre Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 22. Juni 2017 per 21. Februar 2017 ein (Urk. 7/44). Nachdem der Ombudsmann mit Schreiben vom 28. Juni 2017 darum ersucht hatte, diese Verfügung zu widerrufen (Urk. 7/48 /1-2), kam die Suva dem Ersuchen mit Schreiben vom 30. Juni 2017 nach (Urk. 7/47 /1).

E. 7

. Juli 2017 nahm der Ombudsmann Stellung zum Fall (Urk. 7/52). Mit Verfügung vom 8. Juni 2018 hielt die Suva an ihrer Einschätzung fest und stellte ihre Versicherungsleistungen per 16. Februar 2017 ein (Urk. 7/63 /1-3). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/65) wies sie mit Entscheid vom 29. Oktober 2018 ab (Urk. 2 [= 7/68]). 2.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. November 2018 Beschwerde beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und beantragte, der angefochtene Entscheid sei

aufzuheben und es seien ihm über den 16. Februar 2017 hinaus Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines externen Gutachtens zurückzuweisen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2018 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. Dezember 2018 angezeigt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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