

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00015 vom 1. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00015 du 1 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00015 del 1 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene X.____

arbeitete seit dem 14. März 1989 für das Malergeschäft Z.____ und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung vom 6. April 2016 zeigte die Arbeitgeberin der Suva ein Schadenereignis vom 5. April 2016 an, anlässlich welchem der Versicherte nach einem Fehltritt beim Hinunterklettern aus ca. 2.5 m Höhe von der Leiter auf den Boden gestürzt sei. Dabei habe er sich die linke Hand gebrochen und die Zähne verletzt (Urk. 10/1). Die gleichentags erstbehandelnden Ärzte des Spitals A.____ diagnostizierten eine Impressionsfraktur des distalen Radius links sowie einen

Abriss des Processus styloideus radii links und diverse Kontusionen (Urk. 10/23). Am 7. April 2016 wurde der Versicherte

operativ

mit einer Spongiosaplastik und einer Plattenosteosynthese versorgt (Urk. 10/24). Mit dem Formular Zahnschäden teilte der Zahnarzt

des Versicherten der Suva am 19.

Mai 2016

die Befunde und den Kostenvoranschlag mit (Urk. 10/8).

Die Suva anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/28).

Der Versicherte klagte über anhaltende Schmerzen und Einschränkungen in der linken Hand sowie in Bezug auf die linke Schulter und den rechten Fuss, weshalb Dr. med. univ. B.____, Arzt für Allgemeinmedizin, am 7. November

2016 eine kreisärztliche Untersuchung

(Bericht vom 11. November 2016, Urk. 10/61)

vornahm. Mit Schreiben vom 23. November 2016

teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie weiterhin Leistungen im Zusammenhang mit der linken Hand erbringen werde, jedoch keine Leistungen im Zusammenhang mit der Schulter- und der Fussproblematik übernehme (Urk. 10/72).

Am

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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). 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 5. April 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

Gemäss Art.

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie durch den Chiropraktor und die ambulante Behandlung in einem Spital (lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit . b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badeskuren (lit . d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit . e).

E. 1.4

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.5

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können

(BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweis). 1.

E. 2

5. Januar 2018 und am 8. Juni 2018

eine kreisärztliche Beurteilung ein (Urk. 10/192 und Urk. 10/212). Mit Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 wies die Suva die gegen den Renteneinscheid erhobene Einsprache ab (Urk. 10/215).

Sodann verneinte die Suva mit Schreiben vom 22. Juni 2018 das Vorliegen eines Rückfalls (Urk. 10/218), um dessen Prüfung der Beschwerdeführer am 15. Mai 2018

unter Beilage diverser Arztberichte ersucht hatte (Urk.

10/206). Mit Schreiben vom 11. September 2018 ersuchte der Beschwerdeführer unter Beilage der Stellungnahme des Universitätsspitals

C.____ vom 8. August 2018 um eine erneute Leistungsprüfung (Urk. 10/22

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass ausweislich der beweiskräftigen Beurteilungen vom 8. Juni 2018 von Dr. B.____

klar feststehe, dass seit der Abschlussuntersuchung vom 18. Mai 2017 keine Verschlimmerung des Gesundheitszustands habe objektiviert werden können. Nichts anderes ergebe sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers. Er leide seit dem Unfall zwar ständig an Schmerzen. Diese seien indes als vorhersehbare Beschwerden seines stationären und als unbestritten unfallbedingt anerkannten Gesundheitszustandes zu bezeichnen. Ein Rückfall liege somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor. Hieran ändere auch die zusätzlich erhobene Differenzialdiagnose eines CRPS nichts, welches überdies nicht als überwiegend

wahrscheinlich unfallkausal zu werten wäre. Sodann würde die Diagnose bei gleichbleibender, von der Suva anerkannter Beschwerdesituation nichts am Zumutbarkeitsprofil zu ändern vermögen. Zudem sei übereinstimmend von den behandelnden Ärzten festgehalten worden, dass keine Therapieoptionen mehr bestünden. Allfällige therapeutische Massnahmen, die eine Milderung der sich aus dem stationär bleibenden Gesundheitszustand ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit ergeben hätten, würden nicht unter

die Leistungspflicht fallen. Gleiches gelte für die diversen ärztlichen Untersuchungen seit der Rentenfestsetzung, da diese vornehmlich zur weiteren Abklärung der Beschwerdeursache getätigt worden seien. Hierzu sei klarzustellen, dass die Suva die den Beschwerdeführer plagenden Beschwerden unlängst als unfallkausal anerkannt habe und ihm hierfür eine Rente ausrichte. Es sei vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt worden, inwiefern seine subjektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes seine verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 74% beeinträchtige und aus diesem Grund medizinischer Vorkehrungen bedürfte. Somit leide der Beschwerdeführer nicht an einem Rückfall. Angesichts der medizinischen Aktenlage müsse klar festgehalten werden, dass das Therapiepotential ausgeschöpft sei. Inwiefern entsprechende Vorkehrungen zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers erforderlich wären, vermöge er nicht darzutun. Demnach seien auch die Voraussetzungen für Heilbehandlungen nach Festsetzung der Rente nicht erfüllt. Schliesslich lasse sich kein Anspruch auf eine

Rentenrevision ableiten (Urk. 1 S. 9 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, gerade der Umstand, dass er über subjektive Beschwerden berichtet habe und diese somatisch keine Entsprechung aufweisen würden, zeige, dass sich die Beschwerdegegnerin nie seriös mit der Frage des CRPS auseinandergesetzt habe. Die Untersuchung des Kreisarztes sei im Mai 2017 erfolgt. Sich nun auf den Standpunkt zu stellen, dass alles beim Alten geblieben sei, sei unter diesen Umständen willkürlich. Es sei genügend Zeit vergangen, damit sich Folgen der komplizierten Radiusfraktur hätten einstellen können. Im Bericht vom 8. August 2018 vom Universitätsklinikum C. ____

hätten die behandelnden Ärzte fest gehalten, dass der Kreisarzt einen argumentativen Fehler begehe, wenn er in diesem Fall von einer Latenz von über einem Jahr ausgehe. Es sei nicht zulässig die Erstmanifestation mit der Erstdiagnose gleichzusetzen. Es bestehe die Möglichkeit, dass das CRPS bereits früher vorgelegen habe.

Denn der Kreisarzt selber habe im Rahmen der Abschlussuntersuchung die Budapest-Kriterien nicht erhoben. Zudem sei es falsch, dass die Budapest-Kriterien allenfalls einen Hinweis, aber keinen Beweis für das Vorliegen eines CRPS seien. Diese seien inzwischen wissenschaftlich validiert. Aufgrund der Akten müsse davon ausgegangen werden, dass die Diagnose eines CRPS die wahrscheinlichste aller möglichen darstelle. Demnach habe der Beschwerdeführer Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen (Urk. 1 S. 3 ff.). 3. 3.1

Dr. med. D.____, Facharzt Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 22. November 2017 folgende Diagnose (Urk. 10/206/ 9): - Status nach komplexer Unterarmfraktur links im April 2016 mit/bei - Neurologisch: Nachweis eines CRPS (11/17) - Unklar, ob mit primärer oder sekundärer Nervenschädigung - Leicht pathologische Neurographie des Nervus medianus und Nervus

radialis

superficialis links - Typische Symptomatologie (neuropathischer Schmerz, Kälte, teilweise livide Verfärbung, dystoner Tremor) - Handchirurgisch komplexer Verlauf mit multiplen Operationen - Therapeutisch Versuche innerer Medikation mit Pregabalin, Empfehlung einer schmerzfreien Ergo-/Physiotherapie Klinisch-neurologisch zeige sich insbesondere eine schmerzhafte Einschränkung im Bereich der linken Hand ohne Atrophien. Die Hand sei dabei livide verfärbt und es würden Fühlstörungen angegeben. Zudem imponiere zwischenzeitlich ein diskreter Tremor der radialen Finger. Elektroneurographisch zeige sich zudem eine leichte Affektion des Nervus medianus links mit DML-Veränderung, aber guter sensibler Nervenleitgeschwindigkeit. In der Summe ergebe sich somit auch aus seiner Sicht das Bild eines CRPS. Zuletzt beweisend sei aber der dystone Tremor, der eigentlich auf keine andere Weise entstehe und auch nicht vom Beschwerdeführer selber gemacht werden könne. Unklar sei dabei aber, ob primär eine Nervenschädigung vorgelegen habe, die das CRPS begünstigt habe, oder ob das CRPS selber zu den entsprechenden Nervenveränderungen geführt habe, was er favorisieren würde, aber nicht beweisen könne (Urk. 10/206 / 10). 3. 2

Dr. med. E.____, Oberarzt in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Universitätsklinikum C.____, erhob in seinem Bericht vom 20.

Dezember 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/190/1): - Vd . A. Nerv- Tethering vs. Nervenläsion Ramus superficialis Nervi radialis links - Vd . A. Enthesiopathie Epicondylus radialis links - Bursitis subacromialis links bei - Chondromalazie III im Bereich des Mediocarpal -Gelenks des linken Handgelenks

Es werde eine Kontrolle bei Herrn Dr. F.____ vorgeschlagen, um die Verdachtsdiagnose eines Neuroms des N. radialis zu objektivieren. Die Enthesiopathie des Ellenbogens sowie die Bursitis subacromialis werde physiotherapeutisch behandelt (Urk. 10/190/2). 3. 3

Dr. med. F.____ , Oberarzt im

Neurophysiologischen Labor , Universitätsklinik

C.____ , erhob in seinem Bericht vom 27. Dezember 2017 folgende Diagnosen (Urk. 10/187/2): - Schmerzen, Dysästhesien, Hypästhesie dorsoradiale Hand links - Differenzialdiagnose: CRPS - St. p. offener Reposition, Plattenosteosynthese und Kirschnerdraht -Spaltung Processus styloideus am 07.04.2016 Es müsse davon ausgegangen werden, dass die chronischen Schmerzen im Verlauf der ersten Monate, die postoperativ nach der letzten Intervention vom Januar 2017 aufgetreten seien, durch ein CRPS verursacht würden. Hinweise für eine primäre Nervenschädigung, insbesondere des Ramus superficialis

nervi

radialis links fanden sich in Zusammenschau der klinischen Befunde, der Elektrodagnostik und des Nervenultraschalls keine. Eine andere Ursache der Beschwerden, wie eine Radikulopathie zervikal, könne klinisch nicht objektiviert werden (Urk. 10/187/3) . 3.4

Dr. B.____ führte in seiner Beurteilung vom 25. Januar 2018 aus, aufgrund der Akten sei weder die Diagnose eines CRPS, noch eines unfallbedingten CRPS nachvollziehbar ausgewiesen. Letzteres würde sich innerhalb von sechs bis acht Wochen manifestieren. Im vorliegenden Fall sei der Verdacht auf ein CRPS erstmals achtzehn Monate nach dem Unfallereignis geäußert worden. Zudem sei ein CRPS nur zu diagnostizieren, wenn andere Erkrankungen ausgeschlossen seien. Ein Ausschluss einer anderen Ursache sei nicht erfolgt bzw. aufgrund der gestellten Diagnosen sei

gegenteiliges dokumentiert, so z.B. im Bericht des C.____ eine Tendinopathie der Extensoren Handgelenk und Finger. Somit sei die Diagnose eines CRPS aufgrund der vorliegenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Selbst wenn ein CRPS ausgewiesen wäre, wäre die Unfallkausalität bezüglich des CRPS zum geltend gemachten Ereignis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen (Urk. 10/192/2). 3.5

In seinem Bericht vom 13. Februar 2018 wiederholte Dr. D.____ seine Diagnose und hielt fest, die Symptomatik sei in der letzten Konsultation im November insgesamt als CRPS gewertet worden, was im weiteren Verlauf wohl auch im C.____ so gesehen worden sei. Letztendlich zeige sich hier im relativ kurzfristigen Verlauf der entsprechenden Befunde, d.h. keine wesentliche Veränderung, wobei der Beschwerdeführer berichtet habe, auf das zwischenzeitlich gegebene Pregabalin relativ gut anzusprechen. Therapeutisch erscheine sicherlich weiterhin eine Medikation mit Pregabalin sinnvoll (Urk. 10/206/ 5-6) . 3.

E. 5

). Nachdem die se Stellungnahme dem Kreis arzt am 13. September 2018 vorgelegt worden war (Urk.

10/226), verneinte die Suva mit Verfügung vom 17. September 2018 das Vorliegen eines Rückfalls (Urk. 10/ 227) .

Die gegen den abweisenden Rückfall entscheid vom Versicherten erhobene Einsprache vom 18. Oktober 2018 (Urk. 10/ 230) , wies die Suva mit Ein spracheentscheid vom 5. Dezember 2018 ab (Urk. 2) . 2.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 2 2. Januar 2019 Beschwerde und bean tragte, es sei en ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die versicherten Leistungen zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 1 0. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erfor derlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

Im Berich t vom 1 9. März 2018 des Schmerzambulatoriums des Universitäts s pi t als C.____ wurden folgende Diagnose aufgeführt (Urk. 10/198 / 1) : - Komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I Hand links mit/bei - St.

n. offener Reposition sowie Plattenosteosynthese und Kirschner-Draht Spickung Processus styloideus (07.04.2016) - St.

n. Entfernung eines einliegenden Osteosynthese-Materials 31.05.2016 - St.

n. offener Resektion des Processus styloideus radii und Gelenksarth roskopie links (23.01.2017) bei zentralem TFCC-Defekt, radiocarpale Arthrose mit Stufenbildung und Chondromalazie 4° in der Fossa scaphoidea , Chondromalazie 3° im Ber ei ch des Mediocarp a lgelenks des linken H an dgelenks - 22.12.2017: Elektrodiagnostische Untersuchung – keine Nervenschädi gung - Budapest-Kriterien erfüllt am 5. März 2018 3.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt noch, ob der Beschwerdeführer nach der Festsetzung der Rente zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf (Art. 21

Abs. 1 lit . c UVG) .

E. 6.2

Den medizinischen Akten kann nichts dergleichen entnommen werden. Im Ge genteil die Behandlung wurde in der Klinik für Plastische Chirurgie und Hand chirurgie sowie im Schmerzambulatorium des Universitäts s pitals C.____

trotz der Diagnose eines CRPS abgeschlossen , wobei keine Erhaltungstherapien genannt wurden (Urk. 10/214/2 und Urk. 10/235) .

Ebenso hielt PD I.____

in seinem Bericht vom 20. September 2018 fest, dass über zwei Jahre nach dem auslösenden Ereignis und nach erfolglosen, multipelsten schmerztherapeutischen Therapien ein medizinischer Endzustand eingetreten sei. Dabei erwähnte er keine Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Zustandes nötig wären (Urk. 10/228/2). Selbst der Beschwerdeführer legte nicht dar, inwiefern entsprechende Vorkehren zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit erforderlich wären. Sodann anerkannte die Suva bereits, dass der Beschwerdeführer bedarfsmässig Schmerzmittel benötigt und übernimmt die entsprechenden Kosten (Urk. 10/135).

E. 6.3

Demnach hat der Beschwerdeführer keinen weitergehenden Anspruch auf Pflegeleistungen oder Kostenvergütungen. 7.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2018 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz 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
HurstWantz

E. 7

Im Bericht vom 24. Mai 2018 des Schmerzambulatoriums wurde die Diagnose des regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) wiederholt und es wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe über unveränderte Schmerzen berichtet. Nach telefonischer Rücksprache mit seiner Physiotherapeutin seien keine funktionellen Fortschritte zu erzielen gewesen, subjektiv habe dem Beschwerdeführer die Therapie jedoch gutgetan. Gemäss der behandelnden Handchirurgin

Dr. G.____

bestehe chirurgisch weiterhin keine Behandlungsoption, allerdings seien die Beschwerden nach wie vor klar als Unfallfolge zu werten. Diese Beurteilung könne gefolgt werden. Es sei als nächstes eine quantitative sensorische Testung zur Objektivierung einer allfälligen Hyperalgesie/ Allodynie geplant (Urk. 10/208). 3.

E. 8

Dr. med. H.____, Oberarzt am Schmerzambulatorium, legte seinem Schreiben vom 29. Mai 2018

den Evaluationsbogen für die Budapester-Kriterien vom 5. März 2018 (Urk. 10/210) bei und führte aus, er stütze sich bei seiner Beurteilung auf die nervensonographische und elektrodiagnostische Untersuchung von Herrn Dr. F.____ vom 22. Dezember 2017, welche keinerlei Anhaltspunkte für eine periphere Nervenschädigung ergeben habe. Es bestehe ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis, respektive den konsekutiven Operationen. Ferner seien bei dem Beschwerdeführer keine sonstigen systemischen Erkrankungen bekannt, welche zum unabhängigen Auftreten eines neuropathischen Schmerzsyndroms führen könnten. Für ihn sei das CRPS eine mögliche, wenn nicht die wahrscheinlichste, Differentialdiagnose (Urk. 10/210/1). 3.

E. 9

Dr. B.____ hielt in seiner Beurteilung vom 8. Juni 2018 fest, dass die Budapest-Kriterien per se keinen Beweis für das Vorliegen eines CRPS seien, sondern lediglich einen Hinweis auf ein CRPS sein könnten. Zudem werde in der medizinischen Fachliteratur nicht gefordert, ein neuropathisches Schmerzsyndrom auszuschließen, um die Diagnose eines CRPS begründen zu können. Gefordert werde, dass die Schmerzen nicht durch eine andere Ursache erklärt werden könnten. Im vorliegenden Fall bestehe eine posttraumatische radiocarpale Arthrose, welche belastungsabhängig

Beschwerden verursache und zu einer chronischen Schmerzstörung geführt habe. Die belastungsabhängige Schmerzsymptomatik sei plausibel und die geltend gemachte Exazerbation nach Fallabschluss durch die Suva rechtfertige die Diagnose eines CRPS nicht. Des Weiteren werde in der einschlägigen Fachliteratur ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Trauma/Operation und dem erstmaligen Auftreten eines CRPS gefordert. Im vorliegenden Fall habe der Beschwerdeführer eine Verletzung des distalen Radius am 4. Mai 2016 erlitten. Letztmalig sei eine Operation am 23. Januar 2017 durchgeführt worden. Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung am 18. Mai 2017 hätten sich keine Hinweise auf ein mögliches CRPS

gefunden – die Befunde wurden fotodokumentiert. Selbst anlässlich der fachärztlich-handchirurgischen Untersuchung am 14. November 2017 (zehn Monate nach der letzten durchgeführten Operation und 6 Monate nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung) hätten sich keine Hinweise auf ein mögliches CRPS gefunden. Ein solches sei erstmals von Dr. D.____ am 23. November 2017 in den Raum gestellt worden. Anlässlich einer am 22. Dezember 2017 durchgeführten Elektrodiagnostik sei ein CRPS lediglich als mögliche Differenzialdiagnose aufgeführt worden. Die angeführten Beispiele der einschlägigen Fachliteratur (Urk. 10/212/2-3), welche sich mit dem unfallkausalen Zusammenhang zwischen diagnostiziertem CRPS und dem Trauma befassen, würden die Behauptung im Schreiben des C.____ vom 29. Mai 2018, dass ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem diagnostizierten CRPS und dem Unfallereignis bestünde, widerlegen. Zudem widerspreche sich Dr.

H.____ selbst, wenn er einerseits anführe, dass die Diagnose eines CRPS vorläge und ein klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis bestünde, und andererseits angebe, das CRPS stelle für ihn zum jetzigen Zeitpunkt eine mögliche, wenn auch nicht die wahrscheinlichste Differenzialdiagnose dar. Die objektivierbaren unfallbedingten Befunde hätten sich im Vergleich zur

Abschlussuntersuchung vom 18. Mai 2017 nicht verändert. Ein in den Raum gestelltes mögliches CRPS stehe in keinem unfallkausalen Zusammenhang (Urk. 10/212/1-3). 3.

E. 10

Dr. med. G.____, Oberärztin in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. Juni 2018 ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ I Hand links). Eine chirurgische Interventionsmöglichkeit bestehe hier nicht. Die Beschwerden seien zeitlich kohärent zur letztmaligen Operation im Januar 2017 und seither persistierend, sodass sie diese als ein CRPS nach genannter Operation sehe und somit im Sinne einer Unfallfolge (Urk. 10/214/1-2). 3.11

Dr. med. I.____, Chefarzt Rheumatologie, Universitätsklinik J.____, nannte in seinem Bericht vom 20. September 2018 ein akutenanamnestisches CRPS I Hand links, adominant, aktuell in partieller Remission. Der Beschwerdeführer sei ihm vom Schmerzambulatorium C.____ zur Evaluation von weiterführenden Therapieoptionen zugewiesen worden. Über zwei Jahre nach dem Auslösen des Ereignisses und nach erfolglosen, multipelsten schmerztherapeutischen Therapieansätzen sei seines Erachtens ein medizinischer Endzustand eingetreten. Unter den gegebenen Umständen könne er dem Beschwerdeführer keine erfolgsversprechende Therapiemöglichkeit anbieten. Insbesondere gehe er nicht davon aus, dass ein stationärer Aufenthalt die Situation verbessern würde. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, seine linke Hand bestmöglich im Alltag einzusetzen. Sie hätten keinen Verlaufstermin vereinbart (Urk. 10/228/1-2). 3.12

Dr. H.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. Oktober 2018 weiterhin ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I Hand links und neu Kopf- und Nackenschmerzen linksseitig. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer eine unveränderte Schmerzsituation beklage. Er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass ihm medikamentös für die Hand- und Armschmerzen nichts weiter geboten werden könne. Allenfalls könnten die Kopfschmerzen noch angegangen werden (Urk. 10/235/1-2). 4.

Der zu beurteilende Leistungsanspruch wurde als Rückfall /Spätfolge am 15. Mai 2018

unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 10/206) geltend gemacht. Die Suva hatte den Grundfall mit einfachem Schreiben vom 19. Juni 2017 bezüglich der Heilungskosten sowie der Taggeldleistungen (Urk. 10/135)

und mit Verfügung vom 20.

Oktober 2017 unter Zusprache einer Invalidenrente entsprechend einer Erwerbseinbusse von 26 % und einer Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15 % abgeschlossen (Urk. 10/155). Der Beschwerdeführer erhob lediglich gegen die Verfügung vom 20.

Oktober 2017 Einsprache und ersuchte um die Neuprüfung seines Rentenanspruchs (Urk. 10/172). Mit

Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 10/215), wogegen vom Beschwerdeführer keine Beschwerde erhoben wurde.

Somit liegt schliesslich bezüglich sämtlicher Leistungen ein rechtskräftiger Fallabschluss vor. 5.5.1

Eine Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse kann dadurch bewirkt werden, dass ein Rückfall oder Spätfolgen des seinerzeit rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend gemacht werden. Unter den Titeln «Rückfälle und Spätfolgen» kann jedoch nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (Urteil des Bundesgerichts U 55/07 vom 13. November 2007 E. 4.1). Nur soweit aufgrund der medizinischen Beurteilung eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, kann die Kausalitätsprüfung bezüglich des Unfallereignisses vorgenommen werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 109/01 vom 24. Juni 2002 E. 4c).

In der Rückfallmeldung machte der Beschwerdeführer durch Beilage diverser Arztberichte, die ab November 2017 von einem CRPS an der linken Hand berichten, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (Urk. 10/206). Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 5.

Dezember 2018 anders als im Zeitpunkt des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 18.

Juni 2018 präsentiert. 5. 2

Nach

der Einsprache des Beschwerdeführers vom 15. November 2017

gegen den Rentenentscheid vom 20. Oktober 2017 (Urk. 10/172) tätigte die Suva weitere medizinische Abklärungen und legte die medizinischen Akten dem Kreisarzt zur Beurteilung vor (Bericht vom 25. Januar 2018; Urk. 10/192). Dabei setzte sich der Kreisarzt mit den Arztberichten von November bis Dezember 2017

(E. 3.1-3.4) sowie der Diagnose eines CRPS auseinander und kam

zusammenfassend zum Ergebnis, dass die Diagnose eines CRPS aufgrund der vorliegenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Selbst wenn ein CRPS ausgewiesen sein würde, würde die Unfallkausalität nicht überwiegend

wahrscheinlich sein (Urk. 10/192/2). Nach weiteren medizinischen Abklärungen (E. 3.5-3.8) nahm er am 8. Juni 2018 erneut eine kreisärztliche Beurteilung vor, in welcher er zum Schluss kam, die objektivierbaren unfallbedingten Befunde hätten sich im Vergleich zur Abschlussuntersuchung vom 18. Mai 2017 nicht verändert. Ein in den Raum gestelltes mögliches CRPS stehe in keinem unfallkausalen Zusammenhang. An der Zumutbarkeitsbeurteilung vom 18. Mai 2017 könne unfallbedingt vollumfänglich festgehalten werden. Aufgrund des Berichts des C.____ ergebe sich unfallbedingt keine Änderung an der Beurteilung (Urk. 10/212/1-4). Schliesslich erliess die Suva den Einspracheentscheid

vom 18.

Juni 2018, welcher unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die kreisärztliche Beurteilung vom 8. Juni 2018 und somit auch auf diejenige vom 25. Januar 2018 erging (Urk. 10/215/7). In der Stellungnahme des Universitätsspitals

C.____

vom 8. August 2018

als auch in der Einsprache vom 18.

Oktober 2018 gegen die den Rückfall ablehnende Verfügung

vom 17. September 2018 (Urk. 10/230) geht es alleine um die Diagnose und die Kausalität eines CRPS.

Demnach

setzte sich die Suva bereits zum Erlasszeitpunkt des Einspracheentscheids vom 18. Juni 2018 ausführlich mit der Diagnose

eines CRPS auseinander.

Ebenso ist den Arztberichten nichts anders zu entnehmen. In den späteren Eingaben des Beschwerdeführers wurde

auch keine

zusätzlichen Beschwerden oder Diagnosen vorgebracht.

5.3

Insgesamt ergibt sich daraus, dass sich das Beschwerdebild im Zeitraum vom Einspracheentscheid vom 18. Juni 2018 bis zum Einspracheentscheid vom 5.

Dezember 2018 nicht geändert hat. Somit liegen weder ein Rückfall noch Spätfolgen vor, wodurch die Kausalitätsprüfung entfällt und der rechtskräftige Renten- und Integritätsentschädigungsentscheid nicht in Revision zu ziehen ist. In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend nicht zu prüfen ist, ob die Diagnose sowie die Unfallkausalität betreffend des CRPS im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 18. Juni 2018 von der Suva zu Recht verneint wurde, da es sich dabei um eine abgeurteilte Sache (res

iudicata) handelt. 6.

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