

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00186

vom 9. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00186

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00186 du 9 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00186 del 9 giugno 2021

Erwägungen

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 aus gebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der Unfall hat sich am 11. Dezember 2015 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

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 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 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. 1.3

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Anspruch unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanschuldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. 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 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_627/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 2.3 und 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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 Versicherungsträger 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 versicherungsinternen 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

Dagegen erhob der Versicherte am 9. September 2020 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Neu beurteilung seines

Leistungsanspruchs (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. Oktober 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 4. Februar 2021 liess sich der Beschwerdeführer erneut vernehmen (Urk. 13) und reichte weitere Unterlagen zu den Akten (Urk. 14/1-4), die der Beschwerdegegnerin am 11. Februar 2021 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde(n) (Urk. 15).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass die vom Beschwerdeführer aktuell geklagten Beschwerden nach Einschätzung der Kreisärztin nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis hervorgerufen worden seien. Es sei davon auszugehen, dass es beim Unfall zu keinen strukturellen Läsionen gekommen sei. Eine Verletzung der Halswirbelsäule hätte zu einer ärztlichen Konsultation und einer Bildgebung geführt. Die Bildgebungen der Brustwirbelsäule hätten sodann eine überaus degenerativ veränderte Wirbelsäule gezeigt. Die als Rückfall gemeldeten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule seien nicht auf den Unfall vom 11. Dezember 2015 zurückzuführen (Urk. 2 S. 5 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, er habe bereits im Jahr 2017 seinen Hausarzt wegen Beschwerden an der Halswirbelsäule aufgesucht. Die Beschwerdegegnerin habe nicht genügend Informationen, um sicher festzustellen, dass der Unfall vom 11. Dezember 2015 nicht Ursache für die zwischenzeitliche Operation an der Halswirbelsäule gewesen sei. Er wolle eine Untersuchung durch einen Kreisarzt. Vor dem Unfall habe er keine Beschwerden an der Halswirbelsäule gehabt, weshalb er mit der Entscheidung der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden sei (Urk. 1).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 11. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Notfallpraxis des Spitals Z.____ behandelt. Im Kurzbericht hielt Dr. med. A.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit im Werkhof den Lieferwagen abladen wollen. Dabei sei ihm der Deckel einer Stahlkiste auf den Kopf geprallt. Der Beschwerdeführer habe sich eine Rissquetschwunde (RQW) und eine Schürfung zugezogen. Es habe keine Zeichen einer Commotio gegeben,

am Kopf

, oberhalb der Stirn, aber ein grosses Hämatom mit einer circa 3 cm langen quer verlaufenden Rissquetschwunde; distal habe er Schürfungen davon getragen. Die Wundversorgung sei mit drei Klammern sowie einem Verband mit Fettgaze erfolgt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von Dr. A.____ nicht attestiert (Urk. 11/8).

E. 3.2

Die am 6. Oktober 2017 durch Dr. med. B.____, Facharzt Radiologie, durchgeführte MRT der Brustwirbelsäule sowie der Schulter zeigte multiple kleine thorakale Diskushernierungen ohne bildmorphologischen Wurzelkontakt. Die Neuroforamen seien

frei und es habe sich keine entzündliche oder neoplastische Pathologie gezeigt. Rechts habe eine mediolaterale Diskushernie im Segment HWK 6/7 mit fakultativer Reizung der Wurzel C7 festgestellt werden können. Angaben einer korrelierenden radikulären Symptomatik würden keine vorliegen. In der rechten Schulter sei eine leichte Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Strukturalterationen und Enhancement im Bereich des Bizeps ankers sowie im Bereich des posterosuperioren Labrums ausgewiesen. Sodann würden Hinweise auf eine SLAP-Läsion Typ II bestehen. Es bestehe ein leichtes Ödem im Bereich des Rotatorenintervalls und Resorptionszysten im Bereich des Tuberculum minus. Klinisch würden Hinweise für eine subkorakoideales Impingement bestehen. Die Rotatorenhnen seien intakt und es sei kein Riss abgrenzbar (Urk. 11/38).

E. 3.3

Im Arztzeugnis vom 25. Mai 2019 erklärte Dr. med. C.____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, bezüglich des Unfalls nicht dokumentiert

zu sein. Der Beschwerdeführer sei seit 8. Januar 2018 bei ihr in Behandlung. Befundmässig notierte sie ausgedehnte muskuläre Verspannungen von cervical bis lumbal beidseits sowie diffuse Dysästhesien im rechten Arm und belastungsabhängige Schmerzen lumbosacral mit Ausstrahlungen ins rechte Bein. Dr. C.____ diagnostizierte ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Diskushernie L5/S1 sowie ein chronisches Cervicovertebralsyndrom mit radikulärem Reizsyndrom bei Diskushernien BWK 1/2, 3/4 und 4/5. Sodann attestierte sie dem Beschwerdeführer krankheitsbedingt vom 17. bis 30. April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; ab dem 1. Mai 2019 sei der Beschwerdeführer jedoch zu 100% arbeitsfähig (Urk. 11/19).

Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 22. Juli 2019 ergänzte Dr. C.____, der Beschwerdeführer leide an chronifizierten Rückenschmerzen, die er auf den Unfall vom Dezember 2015 zurückführe. Es würden jedoch fortgeschrittene degenerative Veränderungen im thorakalen und lumbalen Bereich bestehen. Sie kenne den Beschwerdeführer erst seit dem Jahr 2017, weshalb sie die Unfallkausalität nicht beurteilen könne (Urk. 11/25).

E. 4

Am 16. Juli 2019 nahm Kreisärztin med. pract. D.____, Fachärztin Chirurgie, Stellung. Sie erklärte, eine Kopfkontusion ohne Commotiozeichen heile folgenlos ab und sei nicht verantwortlich für Diskushernien, welche einen degenerativen Hintergrund hätten, oder Jahre später auftretende Verspannungen (Urk. 11/22). Am 10. Februar 2020 nahm Kreisärztin med. pract.

D.____ eine abschliessende ärztliche Beurteilung vor. Sie hielt fest, dass der Beschwerdeführer

nach der Vorstellung im Spital Z.____

im Jahr 2015 mit einer Rissquetschwunde, einem Hämatom und einer Schürfung am Kopf und deren Versorgung keine weiteren medizinischen Konsultationen wegen zervikalen Beschwerden in Anspruch genommen habe. Das MRI der Brustwirbelsäule vom 6. Oktober 2017 habe ausgeprägte degenerative Veränderungen gezeigt. Diese hätten sich auch im Bereich der Halswirbel C6/C7 präsentiert. Sie wies sodann darauf hin, dass die

behandelnde Ärztin Dr. C. ___ ebenfalls von ausgeprägten degenerativen Veränderungen berichtet habe. Die Kreisärztin kam zum Schluss, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerden, die der Beschwerdeführer aktuell beklage, durch das damalige Ereignis hervorgerufen worden sein könnten. Es sei davon auszugehen, dass es zu jenem Zeitpunkt zu keinen strukturellen Läsionen gekommen sei. Eine Verletzung der Halswirbelsäule, welche zu einer strukturellen Veränderung geführt hätte, hätte zu einer ärztlichen Konsultation und einer Bildgebung geführt. Die vorhandene Bildgebung zeige eine überaus degenerativ veränderte Wirbelsäule. Die muskulären Verspannungen seien deswegen ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich ein Rückfall in Bezug auf das Ereignis vom 11. Dezember 2015 (Urk. 11/39).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. August 2020 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilung der

Kreisärztin med. pract. D. ___, welche diese in Kenntnis der Vorakten abgegeben hatte. Sie setzte sich mit den erhobenen Befunden auseinander, nahm dabei in nachvollziehbarer und begründeter Weise Stellung und verwies auch darauf, dass die behandelnde Ärztin des Beschwerdeführers ebenfalls von erheblichen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule ausging und sich nicht zur Unfallkausalität äussern konnte (E. 3.4). Entgegen den Einwendungen des Beschwerdeführers ist die Stellungnahme der Versicherungsmediziner in nachvollziehbar und begründet. Der Bericht von Kreisärztin med. pract. D. ___ vom 10. Februar 2020 (Urk. 11/39) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen zu erfüllen (E. 1.5). Eine Untersuchung durch den Versicherungsmediziner war sodann nicht angezeigt, da auch Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

E. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe die Umstände des Unfalls nicht weiter abgeklärt, ist festzuhalten, dass bei einem vergleichsweise harmlosen Unfall mit günstigem Heilungsverlauf und während relativ kurzer Zeit in Anspruch genommenen Leistungen der Fall stillschweigend abgeschlossen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2008 vom 10. Dezember 2008 E. 4.3 mit Hinweis). Bei Geltendmachung eines Rückfalls oder von Spätfolgen obliegt es

diesfalls dem Beschwerdeführer, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Diesbezüglich ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es der medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die

Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (Urteile des Bundesgerichts U 138/99 vom 8. Februar 2000 = RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 ff. E. 2a am Ende, 8C_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1, 8C_492/2009 vom 21. Dezember 2009 E. 6.3.2, 8C_1009/2009 vom 4. Mai 2010 E. 3.1.1).

Der Beschwerdeführer war nach dem Unfallereignis vom 11. Dezember 2015 arbeitsfähig und Hinweise auf eine Commotio wurden verneint, ein vertebrales oder radikuläres Syndrom nicht befundet

(E. 3.1). Demnach sind die Voraussetzung der unverzüglichen Symptomentfaltung und der sofortigen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt, weshalb keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. Hieran vermögen schliesslich auch die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichte (Urk. 3/2-5; 14/1-4) nichts zu ändern. Zum einen bildet der angefochtene Einspracheentscheid in zeitlicher Hinsicht die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 130 V 445 E. 1.2), weshalb der Bericht vom 24. August 2020 (Urk. 3/5) ohnehin nicht zu berücksichtigen wäre. Zum anderen geht aus keinem der ärztlichen Berichte hervor, dass die geklagten Rückenschmerzen in einem unfallkausalen Zusammenhang stehen könnten.

Weitere medizinische Abklärungen sind in Anbetracht des Vorgenannten offensichtlich nicht angezeigt, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen).

E. 4.3

Zusammenfassend ist der Einschätzung der Kreisärztin folgend davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 11. Dezember 2015 keine weiteren Unfallfolgen verursacht hat. Die im Jahr 2019 gemeldeten Beschwerden sind nicht

überwiegend wahrscheinlich durch diesen Unfall verursacht worden. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. Dezember 2015 zu Recht verneint.

E. 5

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelSherif

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