

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00130

vom 2. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00130

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00130 du 2 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00130 del 2 agosto 2022

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Voraussetzung für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers ist , dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen in diesem Sinne sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Dementsprechend ist es 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 (vgl. 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). Über diese Tatfrage ist nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der

Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schick salsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Es gilt wiederum der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 2

8 und 34) und die Ellbogen be funde

explizit

als mit dem stattgehabten T rauma vereinbar beurteilt hätten (Urk. 1 Ziff. 30). Die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden sei auch von Dr. A.____ bejaht worden (Urk. 1 Ziff. 29) . Dabei seien anlässlich der Erstkon sultation nur Knochenbrüche mittels Rön t gen ausgeschlossen worden (Urk. 1 Ziff. 35) . Zudem handle es sich bezüglich der Halswirbelsäule nicht um einen Bagatellunfall, zumal der Arbeitskollege problemlos 80 kg wiege (Urk. 1 Ziff. 36). Vor dem Fallabschluss wäre z wingend eine Stellungnahme der mit d en Leiden am besten vertrauten Behandler einzuholen gewesen (Urk. 1 Ziff. 33). Aus all diesen Gründen bestünden mehr als nur geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung (Urk. 1 Ziff. 37).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid , es sei auf die Beur teilung von Dr. B.____ abzustellen. Ergänzend sei festzuhalten, dass e ine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen, degenerativen Vorzu standes an der HWS r echtsprechungsgemäss in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr a ls abgeschlossen zu betrachten sei . Die Schulterbeschwerden seien in der Erstkonsultation gar nicht erwähnt worden .

Es bestünden auch keine a bweichende n ärztliche n Beurteilungen; vielmehr werde festgehalten, dass die Befund e

die Schulterbeschwerden nicht recht zu erklären vermöchten . Es lägen bereits umfassende Abklärungen vor (vgl. Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen dafür, die Kreisärztin habe den Vorzustand (Urk. 1 Ziff. 16) und das Erreichen des Status quo sine (Urk. 1 Ziff. 29) nicht begründet . Ihre

Aktenbeurteilung (Urk. 1 Ziff. 27) erlaube es nicht, unbegründet neu ein

Impingement

zu diagnostizieren (Urk. 1 Ziff. 32).

Ihre Beurteilung wider spreche den Ausführungen d er behandelnden S pezialisten, die stets

von posttraumatischen Beschwerden gesprochen (Urk. 1 Ziff.

E. 2.3

Dem entgegnete die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, Dr. A.____ habe die Unfallkausalität nur hi n sichtlich der diagnostizierten Tendino pathie des Ansatzes der Bizepssehne distal, d.h. im Ellbogenbereich, anerkannt. Der Beschwerdeführer habe erstmals am 3 1. Oktober 2019 gegenüber dem Aussendienstmitarbeiter Schulterbeschwerden erwähnt und dem Kreisarzt am 22. Juni 2020 sodann über Ausstrahlungen vom Ellbogen in die Schulter berich tet. Erst im Bericht der Klinik C.____ vom 1 4. August 2020 sei schliesslich auf chronische Schulterschmerzen unklarer Ätiologie verwiesen worden (Urk.

E. 7

Aus den vorstehenden Unterlagen schlussfolgerte die Kreisärztin Dr. B.____ am 8. Februar 2021, die Befunde im CT vom 1 6. April 2019 sowie im MRI vom 2 2. August 2019 würden eine mehrsegmentale Degeneration mit Unkarth rose – betont auf Höhe HWK 3/4 mit auch gering bilateraler Spondylarthrose und einer hochgradigen Foramenstenose , ebenfalls auf dieser Höhe – zeigen. Diese Befunde seien vorbestehend und könnten die persistierende Zervikobrachialgie rechts mehr als erklären. Betreffend die Schulter hätten sich im MRI vom 1 8. August 2020 ebenfalls keine strukturellen Läsionen dargestellt, die im Zusammenhang mit der beim Unfall erlitten en Kontusion stünden. Es hätten sich eine aktivierte mässige AC-Gelenkarthrose sowie eine geringe Bursitis subacromial bei Acromion Typ II gezeigt. Diese Befunde entsprächen einem subacromialen

Impingement und seien degenerativer Genese, wie auch die minime gelenk seitige Partialruptur der tendi n opathisch veränderten Supraspinatussehne am Footprint und die beschriebene SLAP-Läsion. Im MRI des Ellbogens vom 1 8. August 2020 hätten sich ebenso wenig strukturellen Läsionen gezeigt, sondern eine regrediente geringe Tendinopathie des Ansatzes der Bizepssehne und ein Muskelödem des distalen Musculus biceps

brachii . Der Ansatz der Extensoren- und der Flexorensehne sei unauffällig gewesen , ebenso der mediale und laterale Bandapparat. Durch das Ereignis vom April 2019 sei es somit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Befunde für einen Zeitraum von drei Monaten gekommen. Über diesen Zeitraum hinaus bestehende Beschwerden seien unfallfremd. Aus unfallkausalen Sicht sei wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. Urk. 8/123/3 f.). 4. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 4.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterer 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). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.3

Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2019 vom 6. März 2020 E. 4.3 mit Hinweisen).

5. 5.1

Der angefochtene Entscheid beruht auf der in E. 3.7 zusammengefassten Kreis ärztlichen Beurteilung von Dr. B. ____ . Sie hat die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in ihrer Beurteilung vom 8. Februar 2021 umfassend gewürdigt. Diese wurden seit dem Unfall im April 2019 mehrfach klinisch , bild gebend und

neurophysiologisch untersucht, wobei die Befunde einhellig, aktuell sowie gut dokumentiert sind . Der Beschwerdeführer legte denn auch nicht dar, welche Befunde oder Beschwerden von der Kreisärztin übersehen worden

wären und inwiefern diese Zweifel an ihrer Beurteilung wecken würden . 5.2

5.2.1

Hinsichtlich der Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule ergaben sich in den bildgebenden und neurophysiologischen Abklärungen keine klaren Hinweise auf eine Radikulopathie respektive Neurokompression der zervikalen Nervenwurzeln. Im CT, durchgeführt am Tag des Unfalls, fanden sich sogar explizit keine post traumatischen Veränderungen (vgl. Urk. 8/27). Auch in der Bildgebung vom 22. August 2019 fand sich kein Hinweis auf eine frische ossäre Läsion. Beschrieben wurden eine beginnende Unkovertebralarthrose (vgl. Urk. 8/20) respektive geringfügige mehrsegmentale «Degenerationen». Der festgestellten hochgradigen Foramenstenose C3/4 (vgl. Urk. 8/19) konnte kein klares klinisches Korrelat zugeordnet werden (vgl. E. 3.5.3) und deren Infiltration führte gemäss Beschwerdeführer auch zu keiner Beschwerdebesserung (vgl. E. 3.6.2).

Im Vordergrund stehen letztlich myofasziale

bzw. myotendinotische

Befunde, Druckdolenz sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit (vgl. E. 3.5.2 und 3.6.2), die – soweit sie nicht auf die degenerativen Veränderungen der HWS zurückzuführen sind – für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen gelten (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.3) und darüber hinaus gut auf manuelle chiropraktische Behandlungen ansprechen. 5.2.2

Im Übrigen anerkannte Dr. A. ___ einzig eine Halsprellung als unfallkausal; die im Juni 2020 noch vorhandenen Nackenbeschwerden führte er indessen nicht mehr auf diese Prellung, sondern auf die degenerativen Bildbefunde zurück und schloss Unfallfolgen – wie Dr. B. ___ – aus (vgl. E. 3.4). Dass die noch bestehenden HWS-Beschwerden als unfallfremd taxiert würden, teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bereits am 28. April 2020 mit (vgl. Urk. 8/58). Dies ist auch mit Blick auf die Rechtsprechung, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass traumatische Verschlimmerungen eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule (einschliesslich der HWS, vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2020 vom 19. Februar 2021) regelmässig spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten sind und eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen und sich von der altersüblichen Progression abheben müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_411/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 4.2), nicht zu beanstanden. 5.3

5.3.1

Sodann

ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass der Beschwerdeführer erstmals einige Monate nach dem Unfall Schulterbeschwerden erwähnte (vgl. E. 3.3) und die Ärzte sogar erst im Herbst 2020 – also eineinhalb Jahre nach dem Unfall – einen klinischen Befund zur rechten Schulter dokumentierten sowie bildgebende Abklärungen tätigten (vgl. E. 3.5). Noch in der kreisärztlichen Untersuchung im Juni 2020 hatte der Beschwerdeführer lediglich bis in die Schultern ausstrahlende Schmerzen angegeben; eine Schulterprellung/-kontusion war damals kein Thema (vgl. E. 3.4). Damit sind weder Schmerzen (insbesondere kein sofortiger einschüssender Schmerz) noch eine Funktionseinbusse zeitnah zum Unfall nachgewiesen, die auf eine

Beeinträchtigung der Supraspinatussehne

oder eine SLAP II-Läsion anlässlich des Unfalls vom 16. April 2019 schliessen lassen würden. 5.3.2

Der Unfallhergang lässt sich vorliegend nicht mehr zuverlässig rekonstruieren (etwa 8/1/1, 8/27/1 und 8/30/1). Dabei betonte das Bundesgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung auch, dass dieser

nur eines von mehreren Indizien, also nicht ein übergeordnetes Indiz zur Beurteilung der Unfallkausalität darstelle, und die Eignung eines Anpralltraumas als Ursache einer Rotatorenmanschettenläsion als umstritten gelte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom

16. Dezember 2021 E. 4.1). Ergänzend sei angemerkt, dass Hempfling/Krenndorfer halten, dass aufgrund der geeigneten Verletzungsmechanismen grundsätzlich nur bei einer Kombinationsverletzung von Musculus

deltoideus oder dessen Sehne und Supra spinatussehne eine tatsächlich traumatische Rotatorenruptur erwartet werden könne . Auch weisen sie darauf hin, dass bei SLAP-Läsionen als traumatische Ursachen das Kompressionstrauma (z.B. Sturz auf den gestreckten Arm) und – bei gleichzeitiger maximaler exzentrischer Anspannung des Bizeps – auch das Traktionstrauma (z.B. Auffangen eines Gegenstands mit gebeugtem Ellbogen, unerwarteter Zugverletzungen im gestreckten Ellbogen) nachgewiesen seien ; direkte Krafteinwirkungen als Ursache seien hingegen hypothetisch . Solche bedürften einer erheblichen Krafteinwirkung, wobei in aller Regel ein Luxations- bzw. Subluxationsmechanismus nach vorne bestehe (vgl. Hempfling /Krenn , Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2 : Meniskus, Diskus, Bandscheiben , Labrum, Ligamente , Sehnen, 2017, S. 682 f. und 229).

5.3.3

Es kommt hinzu, dass die Kreisärztin nachvollziehbar ein nicht unfallbedingtes Impingement diagnostiziert , welches eine plötzliche Schmerzzunahme eineinhalb Jahre nach dem Unfall ohne weiteres zu erklären vermag. Das Schultergelenk ist ein knöchernes Dach (Akromion) mit einem darunter liegenden begrenzten Raum für Weichteile (Sehnen und Schleimbeutel). Die Sehnen bedecken den Oberarmkopf wie eine Manschette (Rotatorenmanschette) und sind für die aktive Beweglichkeit der Schulter essentiell. Über den Sehnen liegt als Puffer zum knöchernen Schulterdach ein Schleimbeutel (Bursa). Dieser Raum, normalerweise ca. 1 cm hoch, kann aus verschiedenen Gründen (Knochensporn, Instabilität, Sehnendicke) zu eng werden, sodass die Weichteile zwischen Oberarmkopf und Schulterdach eingeklemmt werden. Dieses Einklemmen führt zu schmerzhaften Entzündungen des Schleimbeutels oder gar zu Sehneneinrissen (vgl. <https://www.schulthess-klinik.ch/de/schulterchirurgie-und-ellbogenchirurgie/behandlung/impingement-syndrom> , besucht am 1. Juli 2022).

Im Fall des Beschwerdeführers wurde im klinischen Befund des Berichts zur Schulter-Sprechstunde vom 15. September 2020 explizit ein positives Impingement-Zeichen nach Hawkins vermerkt (vgl. Urk. 8/92/3 ; ferner auch Urk. 8/93/3). Davor und danach waren klinische Untersuchungen der rechten Schulter aufgrund der angegebenen Schmerzen kaum möglich und die Impingementtests gar nicht durchführbar (etwa Urk. 8/85/3 und 8/110/2). Für ein Impingement mit konsekutiver Entzündung des Schleimbeutels als Schmerzursache sprechen zudem die Bildbefunde (ein in der Schulterpfanne etwas weiter oben als normal liegender Humeruskopf , eine spezielle Form des Akromions , eine aktivierte AC-Gelenkarthrose und Bursitis subakromialis , vgl. E. 3.5.2) sowie das positive Ansprechen auf die subakromiale Infiltration (vgl. E. 3.6 .2).

Ein Impingementsyndrom ist aber nie eine primäre Verletzung bzw. entsteht nie durch ein Trauma; es ist allenfalls eine Verletzungsfolge, etwa bei einer Schultergelenksprengung oder einer Tuberculum - majus -Fraktur (vgl. Hempfling /Krenn , Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 1 : Grundlagen, Gelenkflächen, Osteonekrosen , Epiphysen, Impingement , Synovialis , 2016 , S. 424 f.).

Diesbezüglich ist der Kreisärztin beizupflichten, dass keine solchen unfallbedingten strukturellen Läsionen im Bereich der Schulter nachgewiesen sind. Die Muskeltrophik der Schulter war trotz der geklagten massivsten Schmerzen, der gezeigten Schonhaltung und der kaum durchführbaren klinischen Untersuchung normal (vgl. Urk. 8/82/1). Der Jobe

-Test sowie der Whipple-Test, welche sich für den Nachweis einer Supraspinatussehnenruptur eignen, waren ein Jahr nach dem Unfall immer noch mit guter Kraft durchführbar (vgl. Urk. 8/92/1 f.). Ausdrücklich verneint wurde zudem auch eine Instabilität der Schulter (vgl. Urk. 8/110/2 unten). Es fehlen somit hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass die anatomischen Strukturen der Schulter oder deren Funktionsweise durch den Unfall so verändert wurden, dass sich daraus ein Impingement entwickelte. 5.3.4

Zusammenfassend ist die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweis rechtlich jedenfalls nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Dies gilt auch für die aktenkundigen Arztberichte, welche trotz des langen Zeit raums zwischen Unfall und Dokumentation der

Schulterbeschwerden

von «post traumatischen» bzw. «unfallbedingten» Schulterschmerzen – zu Beginn sogar bei gleichzeitig explizit unklarer Ätiologie (vgl. 3.5.1) – sprechen, ohne dies zu begründen.

Es ist unzulässig, die Unfallkausalität allein deshalb zu bejahen, weil der Vorzustand der Schulter klinisch stumm war . Nach dem vorstehend Ausgeführten fehlt es an klaren Indizien für Unfallfolgen im Schulterbereich ; solche bestehen vielmehr für ein nicht unfallbedingtes Impingement als Schmerzsache.

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, Dr. A.____ habe zumindest in Bezug auf die «Schulterproblematik» die Unfallkausalität stets bejaht (vgl. Urk. 1 Ziff. 29), dürfte er die «Ellbogenproblematik» gemeint haben, zumal zum Zeitpunkt der letzten Beurteilung durch Dr. A.____ im Juni 2020 noch gar keine Befunde zur Schulter vorlagen und diesbezüglich nicht einmal eine Prellung diskutiert wurde. Eine Leistungspflicht für die Schulterbeschwerden wurde seitens der Beschwerdegegnerin nie anerkannt. 5. 4

5.4.1

Bezüglich des rechten Ellbogens wurde – bei bereits in der Erstkonsultation angegebener schmerzhafter Pronation und Supination (vgl. E. 3.1) – in der Bildgebung vom 5. Juli 2019 eine leichte Ansatzendoperiostose am Olekranon (vgl. Urk. 8/18) festgestellt und am 22. August 2019 eine leichte Tendinopathie am Ansatz der distalen Bizepssehne bestätigt , welche die behandelnden Spezialisten als mit dem stattgehabten Trauma und einer subsequenten Bursitis bicipitalis vereinbar erachteten. Letzteres stellte eine

klinische Verdachtsdiagnose dar , welche nach Ansicht der Behandler mit der angegebenen Schmerzreduktion unmittelbar nach der Infiltration der Bursa erhärtet werden konnte (vgl. E. 3.2.2). Die Symptomatik war unter manueller Behandlung stark rückläufig und rückte in den Hintergrund (vgl. E. 3.3) ; dementsprechend zeigte sich in der kreisärztlichen Untersuchung im Juni 2020 – also mehr als ein Jahr nach dem Unfall – weiterhin eine im Seitenvergleich normale Muskeltrophik (vgl. E. 3.4 ; bei auch stabilen Seitenbändern, vgl. Urk. 8/110/3) und in der Bildgebung vom 18. August 2020 eine « regrediente » geringe Tendinopathie des Ansatzes der intakten Bizepssehne (vgl. E. 3.5.2) . 5.4.2

Hervorzuheben ist weiter, dass bildgebend Ellbogengelenk, Knorpel, Bandapparat, Extensoren- und Flexorensehnen, Nerven und Schleimbeutel stets unauffällig waren (vgl. Urk. 8/19, 8/82/1 und 8/92/2). Auch neurophysiologische Untersuchungen blieben ohne Befund (vgl. E. 3.2.2 und 3.5.2).

Eineinhalb Jahre nach dem Unfall klagte der Beschwerdeführer über eine Schmerzexazerbation. Dabei zeigten sich bildgebend einzig Muskelödeme im distalen biceps

brachii. Zum klinischen Befund wurden neu myotendinotische Veränderungen in den Musculi

biceps

brachii, brachialis, brachioradialis sowie den Unterarmextensoren und -flexoren notiert. Wie bei der oben erwähnten Bursitis bicipitalis

handelt es sich auch bei der im rheumatologischen Bericht vom 23. September 2020 postulierten

Epicondylopathie

letztlich bloss um eine klinische Verdachtsdiagnose, die allein in den Schmerzangaben des Beschwerdeführers gründet. Sie wurde zudem erst mals eineinhalb Jahre nach dem Unfall aufgrund neuer Befunde (mitunter einer Druckdolenz über dem Epicondylus

humeri

radialis, schmerzhafteste Einschränkung beim Fingerstrecken und Faustschluss) gestellt, während in der Untersuchung des Ellbogens am Unfalltag weder eine Druckdolenz über knöchernen Strukturen noch eine Rötung oder Schwellung am Ellbogen feststellbar waren (vgl. Urk. 8/27/1 unten). Eine akute Epicondylitis tritt in der Regel nach extremer Dauerbeanspruchung – vornehmlich beim intensiven Tennis- oder Golfspielen

– auf und kann bei fortgesetzter Dauerbeanspruchung in eine chronische übergehen. Fälle einer traumatisch entstandenen Epicondylitis sind demgegenüber sehr selten und nur bei einem eindeutigen Trauma mit sofort auftretendem Bluterguss am Ort der Gewalteinwirkung anzunehmen (vgl. Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl., Berlin 1993, S. 169 f.). 5.4.3

Es ist deshalb mit der Kreisärztin festzuhalten, dass auch im Bereich des Ellbogens keine unfallbedingten strukturellen Läsionen nachgewiesen sind. Zudem ist nicht ersichtlich, inwiefern die im Herbst 2020 aufgeführten neuen Befunde und Verdachtsdiagnosen

ihre Ursache im eineinhalb Jahre zurückliegenden Unfall haben sollen. In der Besprechung nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 22.

Juni 2020 wurden die Armbeschwerden zwar noch als Folge des Unfalls bezeichnet und eine volle Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Sanitärmonteur postuliert – entsprechend der von Dr. A. ___ am 1. April 2020 attestierten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (ganztags, körperlich leicht bis mittelschwer, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg); gleichzeitig aber auch auf die Notwendigkeit weiterer Abklärungen hingewiesen (vgl. Urk. 8/65). So beruhte die Beurteilung von

Dr. A.____ noch auf den Bildbefunden des rechten Ellbogens vom 22. August 2019, wobei er aber den langen Heilungsverlauf bei im Seitenvergleich normaler Muskeltrophik bereits als auffällig beurteilte (vgl. Urk. 8/66/2 f.). Die von ihm als unfallkausal anerkannte Ansatzdininopathie der distalen Bizepssehne

(vgl. Urk. 8/23) war schliesslich regredient, dafür waren neue Befunde und Leiden hinzugetreten. 5.5

Abschliessend ist zu betonen, dass die behandelnden Spezialisten des Schulter-Ellbogen-Teams der Universitätsklinik C.____

ausdrücklich kein somatisches Korrelat feststellen konnten, das die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter und am rechten Ellbogen gut zu erklären vermöchte oder durch eine Operation gebessert werden könnte (vgl. E. 3.5.4).

Dies lässt zusammen mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer von konservativen Massnahmen (sei es zur Behandlung des HWS-, Schulter- oder Ellbogenleidens) nur bedingt profitierte und die Muskeltrophik auf eine weiterhin gleichmässige Beanspruchung der oberen Extremitäten hinweist, gewisse Zweifel an den subjektiv angegebenen stärksten Schmerzen aufkommen. Zumindest finden diese keine Erklärung in objektivierbaren unfallbedingten Verletzungen. 6.

Der Beschwerdeführer vermochte somit keine auch nur geringen Zweifel an der abschliessenden kreisärztlichen Beurteilung von Dr. B.____ zu wecken. Relevante bzw. begründete Widersprüche zu den übrigen medizinischen Unterlagen bestehen keine. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Jahr 2021 (bezogen auf die Kosten von stationären Behandlungen wie auch die übrigen Heilkosten und Taggelder) bestanden somit keine objektivierbaren Folgen des Unfalls vom 16. April 2019 mehr, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit als Sanitärmoniteur hätten begründen können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht lediglich für eine Prellung von Hals, Ellbogen und Unterschenkel anerkannt hat und sie nur insofern die Beweislast für den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs trifft. Die HWS-Beschwerden im Zusammenhang mit den degenerativen Bildbefunden wurden von Beginn an zu Recht als unfallfremd taxiert. Auch für die im Herbst 2020 erhobenen neuen Befunde an der rechten oberen Extremität bzw. die diesbezüglichen Diagnosen wurde seitens der Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht anerkannt. Eine solche lässt sich bei einer 70%igen Besserung sämtlicher Beschwerden bis Ende Januar 2020 und einer nachweislich regredienten

geringen

Ansatzdininopathie der distalen Bizepssehne – als einzigem objektivierbarem Befund, der zeitnah zum Unfall erhoben und als unfallkausal anerkannt wurde – auch nicht mit dem nötigen Beweisgrad erstellen.

Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Bonetti

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