

BL_GERICHTE 725 19 316/129 vom 11. Juni 2020

BL Gerichte, 2020-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_316_129

FR: BL_GERICHTE 725 19 316/129 du 11 juin 2020

IT: BL_GERICHTE 725 19 316/129 del 11 giugno 2020

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 3

Materiell streitig ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. Er ist der Auffassung, dass die andauernden Beschwerden unfallkausal seien und die Zürich deshalb auch für die Zeit nach dem 30. September 2015 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen habe. 4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs.1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. 4.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2). 4.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die 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 schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von

unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen). Allerdings tragen die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 216 E. 6).

4.4 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, 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. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Als Beispiele für die Bejahung einer Unfallkausalität sind etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von schweren Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit zu nennen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialversicherungsrechtliche Abteilungen] vom 9. Mai 2005, U 480/04, E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 8C_811/2012, E. 6.2). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind zudem fast alle (seltenen) traumatischen Diskushernien mit ossären Läsionen verbunden (Urteil des EVG vom 26. Juli 2000, U 24/00, E. 3c). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C_571/2015, E. 2.2.3 und

vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit Hinweisen; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C_677/2007]). 5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2). Liegen Zweifel vor, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst.

E. 6

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

E. 7

Zur Frage der Unfallkausalität liegen die folgenden medizinischen Berichte vor:

E. 7.1

Das MRI der LWS vom 18. August 2014 zeigte eine grosse, nach kaudal sequestrierte Diskushernie L4/5 rechts (Massenvorfall).

E. 7.2

Gemäss Operationsbericht vom 28. August 2014 wurde beim Versicherten tags zuvor im Spital D.____ eine mikrotechnische Fenestration, eine Sequesterentfernung und eine partielle Mikrodiskektomie durchgeführt. Diagnostiziert wurde ein Massenvorfall bei traumatischer Diskushernie L4/5 rechts. Als Operationsindikation wurde angegeben, nach einem Treppensturz am 11. August 2014 habe der Versicherte massive Lumbalgien mit ischialgiformer Ausstrahlung rechts verspürt. Klinisch liege ein radikuläres Reizsyndrom und eine Fuss- und eine Zehenheber-Parese M4-3 sowie ein abgeschwächter Achillessehnenreflex rechts vor. Das MRI der LWS zeige eine massivste Diskushernie L4/5, nach kaudal umgeschlagen, mit Kompression des gesamten Duralsacks.

E. 7.3

Am 11. September 2014 diagnostizierte Prof. Dr. med. E.____, FMH Neurochirurgie, Spital D.____, ein Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts bei grosser nach kaudal sequestrierter Diskushernie L4/5 rechts im Sinne eines Massenvorfalles, gegebenenfalls einer S1-Beteiligung mit Hyposensibilität am lateralen Fussrand rechts. Es zeige sich ein unkomplizierter postoperativer Verlauf. Radikuläre Schmerzen würden nicht mehr bestehen.

E. 7.4

Am 24. Oktober 2014 nahm der beratende Arzt Dr. med. F.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor. Er hielt fest, das lumboradikuläre Syndrom L5 rechts sei unmittelbar nach dem Ereignis vom 11. August 2014 aufgetreten. Die Klinik (aktuelles gemischtes Ausfallsyndrom) und der Befund im MRI (Massenvorfall) hätten ein operatives Vorgehen notwendig gemacht. Die Beschwerden und die Befunde würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. August 2014 stehen.

E. 7.5

Im Bericht vom 10. Februar 2015 diagnostizierte Prof. Dr. E.____ ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom bei posttraumatischem Massenvorfall L4/5 rechts nach Treppensturz am 11. August 2014, eine mikrotechnische Fenestration, eine Sequesterentfernung und eine partielle Mikrodiskektomie am 27. August 2014 sowie eine ausgeprägte Bandscheiben-Höhenminderung L4/5 ohne signifikante Hernation und ohne radikuläre Zeichen. Nach dem operativen Eingriff am 27. August 2014 sei der Verlauf initial gut gewesen. Nachdem der Versicherte im November 2014 seine Arbeit wieder aufgenommen habe, sei es Anfang 2015 zu einem erneuten Arbeitsausfall gekommen. Der Versicherte beschreibe Schmerzen zentral lumbosakral. Das MRI der LWS vom 22. Januar 2015 zeige eine ausgeprägte Bandscheiben-Höhenminderung monosegmental L4/5 und eine leichte Weichteilbeteiligung recessal rechts. Das aktuelle Schmerzsyndrom sei nicht durch ein Bandscheibenvorfall-Rezidiv bedingt. Radikuläre Beschwerden würden definitiv nicht im Vordergrund stehen. Die chronischen Lumbalgien seien vielmehr durch die Diskopathie, eventuell durch die Überlastung der kleinen Facettengelenke oder durch andere Faktoren bedingt.

E. 7.6

Am 14. April 2015 bejahte der beratende Arzt Dr. med. G.____ eine Unfallkausalität der Beschwerden und Befunde mit dem Ereignis vom 11. August 2014 und eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit während sechs Wochen. Eine chronische Lumbalgie sei wahrscheinlich und eine stationäre Rehabilitation sinnvoll.

E. 7.7

Am 16. Juni 2017 nahm der beratende Arzt PD Dr. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor. Der Bandscheibenvorfall L4/5 präsentiere sich im MRI vom 18. August 2014 als monosegmentärer Befund. Dies sowie das unmittelbar nach dem Treppensturz einsetzende, mit Traumafolgen korrelierende neurologische Ausfallssyndrom liesse auf eine überwiegend unfallkausale Bandscheibenproblematik schliessen. Die operative Intervention habe den erhoffen Erfolg gebracht und der postoperative Verlauf sei gut. Aufgrund der Tatsache, dass das Segment L4/5 im Zeitpunkt des MRI vom August 2014 bereits ausgeprägte degenerative Veränderungen aufgewiesen habe, sei die Beurteilung von Prof. Dr. E.____ vom 10. Februar 2015 gut nachvollziehbar. Mit dem Befund im MRI vom 22. Januar 2015 sei klar, dass die fortlaufenden LWS-Beschwerden nicht im Zusammenhang mit dem operierten Bandscheibenvorfall stünden. Die degenerativen Veränderungen tieflumbal mit fortschreitender Diskopathie L4/5 (Vorzustand) würden den fortlaufenden Schmerzzustand zwanglos erklären. Der Status quo sine sei bereits Ende Februar 2015 erreicht worden.

E. 7.8

Am 11. November 2015 führte Prof. Dr. E.____ aus, der aktuelle Zustand, d.h. der Zustand, wie er anlässlich der letzten Konsultation am 9. Februar 2015 festgestellt worden sei, sei durch die stattgehabte Diskushernie und die Operation bedingt. Ohne Bandscheibenvorfall und ohne Bandscheibenoperation wäre der Zustand sicher besser gewesen. Inwiefern das Trauma den Bandscheibenvorfall ausgelöst habe, könne aus heutiger Sicht nicht rekonstruiert werden. Er sei von einer posttraumatischen lumbalen Diskushernie ausgegangen, weil der Versicherte einen Treppensturz erlitten und anschliessend lumbale Schmerzen mit radikulärer Ausstrahlung entwickelt habe. 8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Juli 2019 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Beurteilung von PD Dr. H.____ vom 16. Juni 2017 und ging demgemäss davon aus, dass das Schmerz-Rezidiv zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2015 überwiegend wahrscheinlich keine Folge des Unfallereignisses vom 11. August 2014 war. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.2 hiervor), sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auch wenn der Bericht von PD Dr. H.____ vom 16. Juni 2017 eher knapp ausgefallen ist, bestehen dennoch keine Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit. So wurde er in Kenntnis der Vorakten verfasst und die geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt. Es wird deutlich, dass das unmittelbar nach dem Treppensturz einsetzende, mit Traumafolgen korrelierende neurologische Ausfallssyndrom überwiegend auf eine unfallkausale Bandscheibenproblematik zurückzuführen war, sich dann aber nach der operativen Intervention am 27. August 2014 eine Besserung einstellte und aufgrund des MRI vom 22. Januar 2015 davon auszugehen ist, dass die aktuellen LWS-Beschwerden nicht im

Zusammenhang mit dem operierten Bandscheibenvorfall stehen. Die Beurteilung des beratenden Arztes PD Dr. H.____ erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Sie steht denn auch im Einklang mit der Beurteilung im Bericht von Prof. Dr. E.____ vom 10. Februar 2015, wonach das aktuelle Schmerzsyndrom nicht durch ein Bandscheibenvorfall-Rezidiv bedingt sei, sondern vielmehr durch die Diskopathie, eventuell durch die Überlastung der kleinen Facettengelenke oder andere Faktoren verursacht werde. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von PD Dr. H.____ abgestellt hat. 8.2 Daran vermögen die Ausführungen in der Beschwerde nichts zu ändern. Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, es bestünden Diskrepanzen zwischen der Beurteilung von Prof. Dr. E.____ vom 10. Februar 2015 und 11. November 2015 sowie der Einschätzung des beratenden Arztes PD Dr. H.____ vom 16. Juni 2017 einerseits und der Beurteilung des beratenden Arztes Dr. G.____ vom 14. April 2015 andererseits, trifft dies zwar teilweise zu. Es ist ihm aber entgegenzuhalten, dass PD Dr. H.____ sämtliche medizinischen Akten und dabei namentlich auch die genannten Berichte der Dres E.____ und G.____ vorlagen und auch Prof. Dr. E.____ im Bericht vom 10. Februar 2015 ein Bandscheibenvorfall-Rezidiv klar verneinte. Auch aus dessen Stellungnahme vom 11. November 2015 und den mit der Beschwerde eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte in Strasbourg, Dres. med. I.____ und J.____ vom 12. September 2018 und 18. Juni 2019, ergibt sich nichts, was auf eine unzutreffende Feststellung von PD Dr. H.____ schliessen lassen würde. Die gänzlich unbegründete Stellungnahme von Dr. G.____ vom 14. April 2015 vermag die Beurteilung von PD Dr. H.____, wonach spätestens Ende Februar 2015 die anerkannten Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spielten, ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein, seit dem Vorfall vom 11. August 2014 indes Schmerzen persistieren würden, läuft dies auf eine beweisrechtlich unzulässige "Post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation" hinaus. Gesicherte Anhaltspunkte dafür, dass die aktuellen sensomotorischen Beschwerden und die im MRI vom 22. Januar 2015 festgestellte Bandscheiben-Höhenminderung L4/5 in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 11. August 2014 stehen, sind aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht hinreichend erstellt. Insgesamt liegt nichts vor, was auf eine aktenwidrige oder unzutreffende Beurteilung von PD Dr. H.____ schliessen lassen würde oder Zweifel an seiner Beurteilung zu begründen vermöchte, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann. 8.3 Ein Verzicht auf weitere medizinische Abklärungen rechtfertigt sich umso mehr, als das Ereignis vom 14. August 2014 keinen genügend schweren Unfall darstellt, der geeignet wäre, eine Diskushernie zu verursachen oder eine vorbestehende Diskushernie richtunggebend zu verschlimmern. Wie bereits erwähnt, muss der Unfall eine gewisse Schwere aufweisen, um eine Diskushernie auszulösen. So braucht es einen Sturz aus einer gewissen Höhe oder das gleichzeitige Tragen eines schweren Gewichts, damit ein solcher Gesundheitsschaden überhaupt ausgelöst werden kann (vgl. E. 4.4 hiervor). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten auch für eine Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie dieselben Voraussetzungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C_902/2011, E. 2.1 mit weiteren Hinweisen sowie Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 24. Februar 2017, E. 1.4). Beim vorliegend zu beurteilenden Sturz über drei bis vier Stufen einer Treppe auf den Rücken wurde

radiologisch keine ossäre Läsion festgestellt. Selbst wenn dabei eine axiale Belastung hervorgerufen worden wäre, so genügt ein solcher Sturz noch nicht für die Provokation eines Bandscheibenschadens oder für die richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie. Es ist daher davon auszugehen, dass es lediglich zur Aktivierung eines degenerativen Vorzustands kam. Das damit im Zusammenhang stehende Schmerzsyndrom gilt erfahrungsgemäss spätestens nach einem Jahr (vgl. E. 4.4 hiervor) als ausgeheilt und nicht mehr als unfallkausal. Die Zürich erbrachte ab 14. August 2014 bis zum 30. September 2015 und damit während 13,5 Monaten Leistungen. Die Leistungseinstellung per 30. September 2015 erfolgte demnach zu Recht und steht zudem mit der Tatsache im Einklang, dass die medizinischen Unterlagen für die Zeit danach keine ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsatteste enthalten. 8.4 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 30. September 2015 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 22. Juli 2019 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

E. 9

Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird dem Prozessausgang entsprechend nicht ausgerichtet. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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