

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00223 vom 28. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00223)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00223 du 28 février 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00223 del 28 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Aus dem Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 4. November 2011 betreffend die Erstbehandlung am 18. Oktober 2010 gehen die Diagnosen einer Schädel- und Lendenwirbelsäulenkontusion hervor. Der Versicherte habe als Fensterreiniger gearbeitet, als er plötzlich von der Leiter aus 1,5 m Höhe gestürzt sei und dabei den Hinterkopf und Rücken angeschlagen habe. Der Glasgow Coma Scale (GCS) habe 15 betragen, die Pupillen seien isokor gewesen und die direkte und indirekte Lichtreaktion sei prompt erfolgt. Es habe eine Schwellung hochparietal links und eine Druckdolenz über der gesamten Lendenwirbelsäule (LWS) bestanden. Über der Halswirbelsäule (HWS) habe keine Druckdolenz vorgelegen. Die Computertomographie (CT) des Schädels, der HWS und der LWS habe keine Blutung und keine Frakturen ergeben. Das Röntgen des Thorax und des Beckens sei unauffällig gewesen. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 24. Oktober 2010 attestiert mit dem Hinweis, dass eine Arbeitsaufnahme zu 100 % ab dem 25. Oktober 2010 erfolgen könne (Urk. 7/9).

Im Bericht des Instituts für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2010 wurde in Bezug auf das CT des Schädels festgehalten, es sei nicht pathologisch und ohne Hinweise auf eine Fraktur oder auf eine intracranielle Blutung gewesen. Das CT der HWS habe geringgradige degenerative Veränderungen der HWS mit beginnender Arthrose zwischen Arcus anterior und Dens sowie auf der Höhe des Bewegungssegmentes C4/5 und C5/6 und eine Kyphosierung der HWS auf der Höhe C2 bis C7, mäßiglicherweise im Sinne einer antalgischen Fehlhaltung, ergeben. Es habe jedoch keinen Hinweis auf eine Fraktur gegeben. Das CT der LWS sei ebenfalls nicht pathologisch gewesen und habe keine Hinweise auf eine Fraktur oder auf eine Blutung gezeigt. Es hätten jedoch Schmorl'sche Knoten der Deck- und Bodenplatten LWK1 bis LWK4 vorgelegen (Urk. 7/18).

3.2. In der Folge wurde der Beschwerdeführer in der Arztpraxis von Dr. A.\_\_\_\_ durch Dr. med. D.\_\_\_\_ behandelt, welche dem Versicherten ab dem 15. eine 50%ige und ab dem 22. November 2010 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, und ihn ab dem 29. November 2010 wieder zu 100 % arbeitsfähig schrieb (Urk. 7/12). Am 3. November 2010 stellte sie eine Physiotherapieverordnung aus (Urk. 7/13).

In ihrem Bericht vom 25. November 2010 hielt Dr. D.\_\_\_\_, nachdem im Zeitraum vom 25. Oktober bis zum 22. November 2010 fünf Konsultationen stattgefunden hatten, in Bezug auf den bisherigen Verlauf und den gegenwärtigen Zustand fest, die Rückenschmerzen, das Schwindelgefühl sowie die diffusen Missempfindungen (Brennen) am Kopf seit Behandlungsbeginn am 25. Oktober

2010 seien rückläufig. Die Behandlung sei abgeschlossen und die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % sei auf 29. November 2010 vorgesehen (Urk. 7/14).

3.3.3.3. Im Bericht der Klinik E. \_\_\_ vom 22. und 28. März 2011 wurde die Diagnose Zervikobrachialgie links bei grosser Diskushernie C6/7 links angeführt. In Bezug auf das CT der HWS wurde festgehalten, es hätten sich eine Steilstellung bis Kyphosierung der HWS, eine Chondrose und Spondylose der Segmente C4/5, insbesondere C5/6 und geringgradig auch C6/7, aber keine Traumafolgen gezeigt. Das MRI der HWS vom 4. März 2011 habe in der Höhe C6/7 eine grosse Diskushernie mit Kompression des Myelons und der abgehenden C7-Wurzel links ergeben. Aufgrund der klinischen Symptome und der Grösse der Befunde sei die Dekompressionsoperation mit anschliessender Spondylodese von ventral empfohlen worden. Eine absolute Operationsindikation habe bei fehlenden hergradigen neurologischen Defiziten oder sogar Myelopathie nicht bestanden (Urk. 7/19-20).

3.4.4.4. Dr. A. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 8. April 2011 die Diagnose eines zervikoradikulären Schmerzsyndroms bei grosser zervikaler Diskushernie C6/7 an. Die ursprüngliche unfallbedingte Behandlung sei am 22. November 2010 abgeschlossen worden. Am 11. Januar 2011 sei eine Konsultation wegen Thoraxschmerzen links seit 10 Tagen erfolgt. Das Unfallereignis sei an jenem Tag nicht besprochen worden. Am 25. Februar 2011 habe der Versicherte ihn erstmals wegen Schmerzen im linken Arm aufgesucht mit deutlichen radikulären Zeichen. Erst anlässlich der Konsultation vom 8. März 2011 habe der Versicherte einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 geltend gemacht, den er, Dr. A. \_\_\_, jedoch nicht herstellen könne (Urk. 7/23).

3.5.5.5. In seiner ärztlichen Beurteilung vom 28. April 2011 hielt Suva-Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ fest, es hätten sich unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 in der Bildgebung keine traumatisch bedingten Veränderungen finden lassen. Die HWS habe im mittleren Bereich leichte degenerative Veränderungen gezeigt und die vom Radiologen beschriebene Fehlhaltung sei muskulär und nicht durch Frakturen oder Bandläsionen bedingt und somit reversibel. Auch klinisch hätten sich keine über Prellungen hinausgehenden Befunde finden lassen, sodass ambulant und konservativ behandelt worden sei. In der Folge sei eine Zervikobrachialgie links bei grosser Diskushernie auf dem Niveau C6/7 festgestellt worden, bildgebend am 4. März 2011 mittels eines MRI. Auf dem MRI hätten sich Diskushernien unterhalb von C4 bis C7 mit deutlichster Ausprägung auf der untersten Etage gezeigt. Klinisch sei auch eine C6-Symptomatik vorhanden gewesen. Die Halswirbelsäule habe degenerative Veränderungen in den unteren Abschnitten gezeigt und sei somit vermehrt gefährdet gewesen, Diskushernien zu entwickeln. Nach dem Sturz vom 18. Oktober 2010 hätten derartige Symptome jedoch gefehlt. Mit dem CT der HWS sei auch keine Diskushernie dargestellt worden, wobei sie mit dieser Technik hätte erkannt werden können. Somit stehe die Zervikobrachialgie linksseitig vom Frühjahr 2011 nicht in einem Zusammenhang mit dem Sturz vom 18. Oktober 2010 (Urk. 7/24).

3.6.6.6. Das MRI der LWS und des Sacrums vom 1. Juli 2011 habe gemäss dem Bericht der Klinik E. \_\_\_ vom 6. Juli 2011 keine Zeichen einer stattgehabten Fraktur gezeigt. Am ehesten hätten degenerative linksseitige Endplattenveränderungen auf der Höhe LWK 4/5 und diskret auch LWK 5/SWK 1 sowie ventral in der Bodenplatte BWK 12 bestanden. In den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 habe es eine mögliche

Reizung der Nervenwurzeln L5 beziehungsweise S1 durch Diskusprotrusion gegeben (Urk. 7/31).

3.7. Die Untersuchung durch Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Arbeits- und Allgemeinmedizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle, vom 13. September 2011 führte zu den Diagnosen von vorzeitigen degenerativen Veränderungen im Achsenskelett (Halswirbelsäule, Diskushernie C6/7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und von Übergewicht ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die HWS habe eine vor allem in den Spinalkanal ausladende Diskushernie gezeigt, die Befunde im Bereich der LWS seien mehr oder weniger altersentsprechend gewesen. Die Anamnese und der Tagesablauf habe unter alltäglicher Beanspruchung keinen erhöhten Erholungsbedarf ergeben, weder durch die geltend gemachten Dauerbeschwerden noch durch eine Beeinträchtigung der psychischen Grundfunktionen (Bericht vom 11. Oktober 2011, Urk. 13/17).

#### E. 4

4.1. Der Beschwerdeführer macht geltend, er leide seit dem Unfall vom 18. Oktober 2010 an Schwindel, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwäche und Schmerzen in den Beinen, Schmerzen im linken Arm und im Thoraxbereich (Urk. 1 S 2) beziehungsweise an Schmerzen an der Halswirbelsäule, am Kopf, im Arm, im Kreuz, am Steissbein und in den Beinen (Urk. 9 S. 1). Die Diskushernie C6/7 sei zudem auf das Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 zurückzuführen.

4.2. Vorweg ist gestützt auf die medizinischen Akten festzuhalten, dass es nach dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 zu einer Besserung der Beschwerden kam, welche zum einstweiligen Abschluss des Falls bei der Suva führte (vgl. Urk. 7/14). Daran vermag der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerden hätten sich nie gebessert und seien durchgehend bis zur Rückfallmeldung vorhanden gewesen (Urk. 1, Urk. 9), nichts zu ändern. Denn er hielt in seiner Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung vom 18. Juli 2011 selbst fest, die gesundheitliche Beeinträchtigung, welche seit dem 18. Oktober 2010 bestanden habe, habe sich teilweise erholt. Seit dem 1. März 2011 sei er zu 100 % krank (Urk. 13/5 S. 5). Dabei kommt dieser Anmerkung als "Aussage der ersten Stunde" mehr Gewicht zu als den späteren Darlegungen des Beschwerdeführers, welche möglicherweise bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst wurden (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 258/04 vom 23. November 2006, E. 3.1 mit Hinweisen).

4.3. Sodann ist in Bezug auf die diagnostizierte Diskushernie C6/7 darauf hinzuweisen, dass es im Bereich des Unfallversicherungsrechts nach der Rechtsprechung einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als Unfallursache in Betracht fällt. Nach der Rechtsprechung kann eine Diskushernie als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Vorausgesetzt wird weiter, dass die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikulares Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Ein Unfall ist nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe

derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden. Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteile des Bundesgerichts U 441/04 vom 13. Juni 2005, E. 1 und E. 3.1 mit Hinweisen, 8C\_902/2011 vom 10. Februar 2012, E. 2.1).

4.4.4.4 In Übereinstimmung mit der Einschätzung der Suva ist davon auszugehen, dass die geltend gemachte Diskushernie C6/7 nicht unfallkausal ist. Denn die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für die Berücksichtigung einer Diskushernie geforderten Voraussetzungen sind nicht erfüllt. So erfolgte anlässlich des Sturzes von der Leiter beziehungsweise des Anschlagens des Kopfes sowie der HWS an der Wand beziehungsweise der LWS am Boden (vgl. Urk. 1, Urk. 7/9) insbesondere keine axiale Belastung der Wirbelsäule. Zudem traten die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) nicht unverzüglich auf. Vielmehr zeigte das unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Oktober 2010 durchgeführte CT der HWS weder eine Blutung noch Frakturen, sondern bloss geringgradige degenerative Veränderungen der HWS mit beginnender Arthrose. Im Weiteren ergab die klinische Untersuchung über der HWS keine Druckdolenz (Urk. 7/9, Urk. 7/18). Ferner traten die Symptome der Diskushernie nach den Angaben des Beschwerdeführers erst im Januar 2011 auf, da er am 11. Januar 2011 wegen der Schmerzen im Thoraxbereich und zunehmend im linken Arm auch den Hausarzt aufsuchte (Urk. 1 S. 2). In der Folge wurden die Zervikobrachialgie, bei welcher es sich um eine Bezeichnung für sensible, motorische und vegetativ-trophische Störungen im Bereich des Halses, des Schultergürtels und der oberen Extremitäten infolge von Irritationen des peripheren Nervensystems bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule handelt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 1814) beziehungsweise bei welcher zu den Nackenschmerzen in den Arm ausstrahlende Schmerzen und manchmal, aber nicht immer, neurologische Symptome mit sensiblen und motorischen Ausfällen in Arm und Hand vom radikulären Typ auftreten (Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 800), und die Diskushernie C6/7 erstmals im März 2011 diagnostiziert (Urk. 7/19).

4.4.4.5 Schliesslich geht aus keinem der vorhandenen medizinischen Berichte hervor, dass die Diskushernie C6/7 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 in einem kausalen Zusammenhang steht (Urk. 7/19-20, Urk. 7/23-24, Urk. 7/31). Vielmehr wurde auch im Bericht der Klinik E. \_\_\_ vom 19. August 2011 und im Bericht von Dr. A. \_\_\_ vom 22. August 2011 zu Handen der IV-Stelle festgehalten, Ursache der Arbeitsunfähigkeit sei eine Krankheit (Urk. 13/11 S. 6, Urk. 13/12 S. 5). Selbst dem vom Beschwerdeführer angerufenen Bericht von Dr. F. \_\_\_ (vgl. Urk. 9) lässt sich nichts anderes entnehmen (Urk. 13/17).

4.4.4.6 Damit bleibt kein Raum für die Spekulationen des Beschwerdeführers, es erscheine ihm nicht möglich, dass sich innerhalb von drei Monaten nach dem CT im Spital Z. \_\_\_ die Diskushernie C6/7 ohne äussere Einwirkung habe bilden können (Urk. 1 S. 2) beziehungsweise der Sturz habe zu Äußerungen

Verletzungen der Wirbelkörper sowie der Disken und dadurch langsam und stetig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt (Urk. 1 S. 3), denn hierfür sprechen weder die bildgebenden noch klinischen Untersuchungen.

4.5 Die Diskushernie C6/7 steht somit gestützt auf die eindeutige medizinische Lage weder unmittelbar noch aufgrund einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010.

4.6 Des Weiteren zeigte das unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Oktober 2010 erstellte CT des Schädels und der LWS ebenfalls keine Blutung oder Frakturen. Auch war das Röntgen des Thorax und des Beckens unauffällig (Urk. 7/9, Urk. 7/18). Ferner ergab das MRI der LWS und des Sacrums vom 1. Juli 2011 keine Zeichen einer stattgehabten Fraktur (Urk. 7/31). Somit besteht für die geklagten unspezifischen Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerzen (soweit sie nicht durch das Zervikobrachialsyndrom verursacht sind), Schwäche und Schmerzen in den Beinen, im Kreuz und am Steissbein sowie die vermehrte Müdigkeit (Urk. 1, Urk. 9, Urk. 13/17 S. 7) kein unfallkausales organisches Korrelat, zumal die Prellungen am Schädel und an der LWS (Urk. 7/9) innert Kürze abgeklungen sein dürften (vgl. Urk. 7/14). Ferner ergibt sich aus den Akten kein Hinweis auf ein stattgehabtes Schleudertrauma oder eine ähnliche Verletzung, da der GCS 15 betrug, das CT des Schädels unauffällig war, die Halswirbelsäule keine Verletzungen zeigte sowie nicht druckdolent war (Urk. 7/9, Urk. 7/18), und das gesamte Beschwerdebild nicht in der erforderlichen zeitlichen Nähe zum Unfallereignis auftrat (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 65/07 vom 14. Dezember 2007, E. 4.5), womit die natürliche Kausalität zwischen den angeführten diffusen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 zu verneinen ist.

Die Diskushernie C6/7 steht somit gestützt auf die eindeutige medizinische Lage weder unmittelbar noch aufgrund einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010.

Dabei geht - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 9 S. 2) - auch aus dem Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 11. Oktober 2011 nicht hervor, dass die angeblichen Verletzungen im unteren Wirbelsäulenbereich mit Sicherheit vom Unfall herrührten. Zum einen wurde weder im oberen noch im unteren Wirbelsäulenbereich eine Verletzung diagnostiziert. Vielmehr hielt Dr. F. \_\_\_ ausdrücklich fest, die Befunde im Bereich der LWS seien mehr oder weniger altersentsprechend. Zum anderen gab Dr. F. \_\_\_ keine Einschätzung betreffend die Unfallkausalität ab (Urk. 13/17 S. 6).

An diesem Ergebnis vermag schliesslich die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Sturzhöhe von 2 m gestützt auf die Nichteintretensverfügung der Staatsanwaltschaft G. \_\_\_ vom 22. November 2010 (Urk. 3/1) nichts zu ändern. Denn zum einen bleiben die medizinischen Einschätzungen und Schlussfolgerungen dadurch unverändert. Zum anderen ist festzuhalten, dass in allen unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 18. Oktober 2010 erstellten Dokumenten eine Sturzhöhe von 1,5 m angegeben worden war. Dabei ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer selber diese Höhenangabe machte, womit kein Grund besteht, davon abzuweichen (Aussage der ersten Stunde). So geht insbesondere aus der Unfallmeldung vom 20. Oktober 2010 und aus den Berichten des Spitals Z. \_\_\_ vom 18. Oktober 2010 und vom 4. November 2010 hervor, dass der Versicherte von der Leiter aus 1,5 m Höhe gestürzt sei (Urk. 7/1, Urk. 7/9, Urk. 7/18).

4.7 Angesichts dieser klaren und in medizinischer Hinsicht übereinstimmenden Aktenlage sind keine weiteren medizinischen Abklärungen, geschweige denn ein Gerichtsgutachten, anzuordnen, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d). Dabei ist auch auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, gemäss welcher die Ablehnung des Antrages einer Partei auf Einholung eines Gerichtsgutachtens über einen streitigen Sachverhalt keine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) bedeutet, falls das Verfahren insgesamt als fair qualifiziert werden kann. Unter dem Gesichtspunkt der Waffengleichheit ist es somit grundsätzlich zulässig, dass ein Gericht auf die vom Versicherungsträger korrekert erhobenen Beweise abstellt und auf ein eigenes Beweisverfahren verzichtet, sofern das rechtliche Gehör in allen seinen Teilaspekten gewahrt bleibt (BGE 137 V 210 E. 1.4). Es liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Es sind daher auch unter diesem Gesichtspunkt keine weiteren Abklärungen erforderlich.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_\_

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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).

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