

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00107**

## **vom 2. Oktober 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00107](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00107)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00107 du 2 octobre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00107 del 2 ottobre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung ( UVG ) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Un fallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 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**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Da hin fallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/ aa ). Da es sich hierbei um eine anspruchsvolle Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

#### **E. 1.4**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 1.6**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht

zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdinge ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Gegen den Einspracheentscheid vom 12. April 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 14. Mai 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieser sei aufzuheben, die Versicherungsleistungen seien weiter zu erbringen und es sei eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung auszurichten (S. 1 unten). Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2012 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 12. November 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Mit Eingabe vom 13. September 2012 (Urk.

10) reichte der Beschwerdeführer zwei Arztberichte ein (Urk.

11/1-2) , welche der Beschwerdegegnerin am 14. September 2012 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 12). Mit Eingabe vom 15. Mai 2013 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer wiederum Arztberichte sowie den Vorbescheid der IV-Stelle ein (Urk. 15/1-4). Mit Eingabe vom 6. Juni 2013 hielt die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 20).

Mit Eingabe vom 20. September 2013 (Urk. 24) machte der Beschwerdeführer nunmehr geltend, der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin beruhe auf unvollständigen Abklärungen, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei, damit diese im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens das Versäumte nachhole und die strittigen Fragen beantworten lasse.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass gemäss den ärztlichen Stellungnahmen die vom Beschwerdeführer nach dem 28. Februar 2011 noch geklagten Beschwerden nicht auf einem objektiverbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anderswie klar nachweisbaren strukturellen Veränderung beruhten, die beim Unfall vom 17. September 2010 gesetzt worden wäre (S. 5 unten) . Der Beschwerdeführer habe sich lediglich eine banale Verletzung zugezogen und erst mit einer Verzögerung von drei Tagen erstmalig den Hausarzt aufgesucht. Beim Beschwerdeführer hätten ausserdem degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule und auch der Lendenwirbelsäule mit chronischen rezidivierenden Beschwerden vorbestanden (S. 7 Mitte). Es könne demnach von einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung ausgegangen werden . Eine dauerhafte Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Erkrankung sei durch die strukturelle Bildgebung nicht nachgewiesen und wegen der Ringfügigkeit des Traumas auch nicht zu erwarten . Die nach dem 28. Februar 2011 aufgetretenen Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall vom 17. September 2010 zurückzuführen, sondern entsprächen vielmehr dem natürlichen Verlauf eines degenerativen Wirbelsäulenleidens (S. 7 unten).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), dass der Unfall seinen psychischen Zustand so negativ beeinflusst habe, dass er heute noch in psychiatrischer Behandlung stehe. Weiter dauerten auch die somatischen Folgen des Unfalls trotz ärztlicher Behandlung immer noch an und seien noch nicht geheilt (S. 2).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die über den 28. Februar 2011 hinaus bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers in rechtsgenügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. September 2010 stehen.

### **3. 3.1**

Gemäss Akten hielt der Beschwerdeführer am 17. September 2010 mit seinem Auto an einem Fussgängerstreifen an, woraufhin das nachfolgende Auto mit seinem Heck kollidierte (Urk. 9/1 Ziff. 6, Urk. 9/16 S. 4 f.).

Gemäss eigenen Angaben habe er nach dem Unfall leichte Nackenschmerzen verspürt und sich den linken Ellbogen leicht geschürft (Urk. 9/16 S. 6, Urk. 9/1 Ziff. 9).

### 3.2

Nach dem Ereignis vom 17. September 2010 wurde der Beschwerdeführer am 20. September 2010 durch seinen Hausarzt Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, untersucht. Dieser nannte als Verdachtsdiagnose ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma I. Grades (Urk. 9/17 Ziff. 7) und führte aus, der Beschwerdeführer habe 8 bis 10 Stunden nach dem Unfall Nackenschmerzen verspürt und über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) berichtet (Ziff. 4).

### 3.3

Am 22. September 2010 wurde der Beschwerdeführer im Z.\_\_\_\_, radiologisch an der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) untersucht (Urk. 9/101), wobei keine Hinweise auf frische traumatische ossäre Läsionen festgestellt werden konnten. Das bildgebende Verfahren zeigte hingegen analog zur Untersuchung vom 25. März 2010 (Urk. 9/98) Chondrosen zwischen L3/4, L4/5 sowie L5/S1.

### 3.4

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, B.\_\_\_\_ berichtete am 7. Oktober 2010 (Urk. 9/14 = Urk. 9/102 = Urk. 9/139 = Urk. 3/4)

über das am 6. Oktober 2010 beim Beschwerdeführer durchgeführte Up right MRI des craniocervical

joint

complex (CCJ) und der HWS und führte aus, es bestehe eine Fehlstellung im atlantoaxialen Gelenk im Sinne einer Translation von C0 und C1 gegenüber C2 nach links. Es handle sich um einen eindeutig pathologischen Befund im Bereich des hinteren medialen atlantoaxialen Gelenkes, der sich differentialdiagnostisch als intraartikuläres Hämatom, als Induration innerhalb oder ausserhalb der Gelenkkapsel sowie als Teilriss und dadurch entstandene Verdickung im medialen Anteil des Ligamentum transversum atlantis interpretieren lasse. Weiter bestehe der Verdacht auf einen Einriss der Membrana atlantooccipitalis

posterior. Es habe ausserdem eine leichte Diskusdegeneration und Hypermobilität im Segment C3/4, eine nicht komprimierende Diskusprotrusion C4/5, eine Osteochondrose, eine Unkarthrose, eine Diskusprotrusion und mässig gradige

foraminale Einengungen C5/6 sowie eine Osteochondrose und mediale Diskushernie C6/7 mit Pelottierung des Duralsackes und leichter Myelokompression, noch ohne überzeugende Hinweise auf eine Myelopathie, begleitet von einer leichten foraminalen Einengung links festgestellt werden können. 3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 10. Dezember 2010 (Urk. 9/27 = Urk. 9/42 = Urk. 9/143 = Urk. 3/1) über die neurologische Untersuchung des

Beschwerdeführers vom 9. Dezember 2010. Er nannte folgende Diagnosen (S. 1): - zerviko-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 17. September 2010 - traumatische Aktivierung von vorbestehenden Lumbalgien mit Status nach Diskushernienoperation rechts 1998. Er führte aus, gemäss Aussage des Beschwerdeführers hätten vor dem Unfall mässige lumbale Schmerzen bestanden, welche durch den Unfall deutlich zugenommen hätten (S. 2 oben). Neurologische Ausfälle bestünden beim Beschwerdeführer keine, so dass eine relevante Läsion am Nervensystem nicht anzunehmen sei (S. 3 oben).

### 3.6

D.\_\_\_\_, dipl. Physiotherapeutin, führte am 28. Februar 2011 aus (Urk. 9/44), der Beschwerdeführer habe trotz der Schwere der Verletzung einen guten Verlauf gezeigt und sei aktuell beschwerdefrei. 3.7

Die Ärzte der E.\_\_\_\_, Wirbelsäulenzentrum, berichteten am 19. Juli 2011 (Urk. 9/52) und nannten folgende Diagnosen: - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom - anamnestisch Hinweise auf ein intermittierendes lumboradikuläres Syndrom L4 oder L5 links mit Hypästhesien - Status nach Dekompression L4/5 1998 - Status nach Sakralblock am 29. April 2008 mit vorübergehender Beschwerdebesserung - intermittierendes zervikovertebrales bis zervikospndylogenes Syndrom - Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. September 2010 - aktenanamnestisch Translation C0 und C1 gegenüber C2 nach links, Status nach intraartikulärem Hämatom im Bereich des hinteren medialen atlantoaxialen Gelenkes bei Teilriss medialen Anteil des Lig. Transversum

atlantis, MR-tomographisch hochgradiger Verdacht auf einen Einriss der Membrana atlantooccipitalis

posterior - Diskusprotrusion C4/5, Osteochondrose sowie Diskusprotrusion C5/6 sowie foraminale Einengung C4/5, Osteochondrose und mediale Diskushernie C6/7, leichtgradige

foraminale Einengung links, keine eindeutigen Hinweise auf eine Myelopathie (MRI HWS 6. Oktober 2010) - Status nach Arthroskopie Kniegelenk rechts, mediale Meniskusteilsresektion bei medialer Meniskushinterhornläsion Kniegelenk rechts am 31. Mai 2010. - aktenanamnestisch Status nach medialer Meniskusteilsresektion sowie Synovialektomie Kniegelenk links am 17. Februar 2009. Sie führten aus, die Indikation zur Durchführung eines Verlaufs-MRI der LWS sei aufgrund der exazerbierenden lumbalen Beschwerden mit mehrheitlich pseudo radikulären Ausstrahlungen gestellt worden. Motorische Ausfälle würden vom Beschwerdeführer nach wie vor verneint. Mittels am 14. Juli 2011 durchgeführtem MRI der LWS konnte keine intraspinale Raumforderung und keine Spinalkanalstenose festgestellt werden. Auf Höhe L3/4 konnte eine ausgetrocknete Bandscheibe festgestellt werden, welche dorsal mediolateral links eine kleinste flache, etwas nach kaudal ausladende Herniation zeigte. Weiter zeigte sich eine Osteochondrose L4/5. Das chronisch rezidivierende lumbospondylogene

Syndrom sei mit den MR-tomographisch objektivierten degenerativen Veränderungen bei Osteochondrosen, insbesondere L4/5 sowie auch den beginnenden Facettengelenksarthrosen im Bereich der unteren LWS erklärbar. 3.8

Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, berichtete am 10. August 2011 (Urk. 9/56) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - zerviko-cephales Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel und Tinnitus und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS am 17. September 2010 - traumatische Aktivierung von vorbestehenden Lumbalgien, mit Status nach Diskushernienoperation rechts 1998 - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom - aktuell intermittierendes lumboradikuläres Syndrom L5 links mit Hypästhesien entsprechend dem Dermatom L5 links - Status nach Dekompression L4/5 1998 - Status nach Sakralblock am 29. April 2008 mit vorübergehender Beschwerdebesserung - intermittierendes zervikovertebrales bis zervikospodylogenes Syndrom - Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. September 2010 - aktenanamnestisch Translation C0 und C1 gegenüber C2 nach links, Status nach intraartikulärem Hämatom im Bereich des hinteren medialen atlantoaxialen Gelenkes bei Teilriss medialen Anteil des Lig. Transversum

atlantis, MR-tomographisch hochgradiger Verdacht auf einen Einriss der Membrana atlantooccipitalis

posterior - Diskusprotrusion C4/5, Osteochondrose sowie Diskusprotrusion C5/6 sowie foraminale Einengung C4/5, Osteochondrose und mediale Diskushernie C6/7, leichtgradige

foraminale Einengung links, keine eindeutigen Hinweise auf eine Myelopathie (MRI HWS 6. Oktober 2010) - Status nach Arthroskopie Kniegelenk rechts, mediale Meniskusteilsresektion bei medialer Meniskushinterhornläsion Kniegelenk rechts am 31. Mai 2010. - aktenanamnestisch Status nach medialer Meniskusteilsresektion sowie Synovialektomie Kniegelenk links am 17. Februar 2009

Er führte aus, im Heilungsverlauf spiele das chronisch rezidivierende lumbovertebrale Syndrom bei Status nach Dekompression L4/5 als unfallfremder Faktor mit (S. 3 Mitte).

3.9

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie FMH, Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, erstattete ihre neurologische Beurteilung am

6. Januar 2012 (Urk. 9/112) und führte aus, wie anhand der Abbildungen im Anhang dargestellt, handle es sich bei den von Dr. A.\_\_\_\_

in den Raum gestellten schwerwiegenden Diagnosen um Fehlinterpretationen bei technisch nicht einwandfrei durchgeführten MRI - Aufnahmen. Es bestehe, wie in diesem Bereich als normal zu bezeichnen, eine diskrete anatomische Variante des

3. Halswirbelkörpers, wodurch es zu einer leichten Rotation der darüber liegenden Strukturen (Axis und Atlas) komme. Diese Fehlstellung sei sehr schön in den beiden ersten Abbildungen nachzuvollziehen. Klassisch wie bei Wacken heim beschrieben, sei die Rotation an der asymmetrischen Breite und Neigung der atlantoaxialen Gelenkflächen zu sehen. Dr. A.\_\_\_\_ übersehe diese Fehlstellung und fehlinterpretiere die sich daraus ergebenden Artefakte als Befunde. Die von ihm als Translation angesehene Translation von C0 und C1 gegen über C2 nach links entspreche also nicht einem pathologischen Befund. Dem entsprechend fehle

auch die Voraussetzung für die von Dr. A.\_\_\_\_ im weiteren Befund beschriebenen schwerwiegenden Verletzungen. Ganz abgesehen davon habe es sich klinisch, wie der Verlauf deutlich zeige, um eine banale Verletzung gehandelt. Der Beschwerdeführer habe mit einer Verzögerung von 3 Tagen erstmalig den Hausarzt aufgesucht. Wie dieser auf dem Dokumentationsbogen nach klinischer Untersuchung und Durchführen von gelegentlich angefertigten Röntgenuntersuchungen der HWS bestätigt habe, habe der Beschwerdeführer im Rahmen des Aufahrunfalles eine HWS-Distorsion vom Grad I nach QTF, also dem geringsten Grad in der Klassifizierung, erlitten. Es hätten also keineswegs klinische Symptome, die auf eine so schwere Verletzung hätten schliessen lassen, wie dies Dr.

A.\_\_\_\_ in seinem Befund beschreibe, bestanden (S. 4 Mitte). Im Übrigen hätten sich die von Dr. A.\_\_\_\_ im Fall des Beschwerdeführers beschriebenen Läsionen der Membrana atlantooccipitalis mittlerweile als nicht anerkannter pathologischer Befund erwiesen (S. 4 unten). Beim Beschwerdeführer seien bereits degenerative Veränderungen der HWS wie auch der LWS mit chronischen rezidivierenden Beschwerden mit Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen vorbestehend gewesen, wie aus den Röntgen-, beziehungsweise MRI-Befunden von März und Juni 2010 hervorgehe. Wie dem Physiotherapiebericht vom 28. Februar 2011 zu entnehmen sei, sei der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt beschwerdefrei gewesen, weshalb die Therapie abgeschlossen worden sei. Insgesamt sei dieser Therapieverlauf mit Beschwerden, die konservativ behandelt nach 5 Monaten sistiert hätten, zwar gegenüber dem gewöhnlich

zu erwartenden Verlauf etwas verlängert, aber durchaus noch im Rahmen des Möglichen nach einer HWS-Distorsion Grad I bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS einzuschätzen. Er könne als eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung angesehen werden. Eine dauerhafte Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Erkrankung sei durch die strukturelle Bildgebung nicht nachgewiesen und wegen der Geringfügigkeit des Traumas auch nicht zu erwarten. Insbesondere sei die von Dr. A.\_\_\_\_ beschriebene grenzwertige spinale Enge auf Höhe des Segmentes C6/7 ebenfalls eine Überinterpretation eines Befundes. Die nach dem 28. Februar 2011 aufgetretenen Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall vom 17. September 2010 zurückzuführen, sondern entsprächen vielmehr dem natürlichen Verlauf eines degenerativen Wirbelsäulenleidens. Somit sei die nach dem Therapieabschluss im Februar aufgetretene Behandlung und Arbeitsunfähigkeit nicht mehr kausal auf den Unfall vom 17. September 2010 zurückzuführen (S. 4 f.). 3.10

Die Ärzte des I.\_\_\_\_ berichteten am 18. Februar 2012 (Urk. 9/130 = Urk. 9/140) und nannten folgende Diagnosen (S.

1 f.): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - zerviko-cephales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach HWS-Distorsion am 17. September 2010 durch Auffahrunfall - Status nach Diskushernienoperation rechts 1998 - Translation C0 und C1 gegenüber C2 nach links - Status nach intraartikulärem Hämatom im Bereich des hinteren medialen atlantoaxialen Gelenkes bei Teilriss medialen Anteil des Lig. Transversum

atlantis, MR-tomographisch hochgradiger Verdacht auf einen Einriss der Membrana atlantooccipitalis

posterior - Diskusprotrusion C4/5, Osteochondrose sowie Diskusprotrusion C5/6 sowie foraminale Einengung C4/5, Osteochondrose und mediale Diskushernie C6/7, leichtgradige

foraminale Einengung links, keine eindeutigen Hinweise auf eine Myelopathie (MRI HWS 6. Oktober 2010) - lumbospondylogenes Syndrom mit/bei - lumboradikulärem Syndrom L5 links mit Hypästhesien entsprechend dem Dermatome L5 links - Status nach Dekompression L4/5 1998 - Schmerzen Knie beidseitig mit/bei - Status nach Arthroskopie Kniegelenk rechts - mediale Meniskusteilresektion bei medialer Meniskushinterhornläsion Kniegelenk rechts am 31. Mai 2010. - Status nach medialer Meniskusteilresektion sowie Synovialektomie Kniegelenk links am 17. Februar 2009 Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall wegen Depressionen bei einem Psychiater in Behandlung gewesen, der Abschluss der Behandlung sei jedoch im Jahre 2009 erfolgt. Als Folge des Unfalls leide der Beschwerdeführer unter Schmerzen und einer Zunahme der Depression (S. 2 unten).

### 3.11

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 10. April 2012 (Urk. 9/141), nannte die bekannten Diagnosen und führte aus, unter intensiver konservativer Behandlung und diversen Therapien habe die Problematik des zerviko-kephalen Schmerzsyndroms gebessert werden können. Weiter sei es unter Fortsetzung der konservativen Behandlung auch zu einer Verbesserung des Lumbovertebralsyndroms mit Ausstrahlung links gekommen (S. 2 Mitte). Es bestünden jedoch immer noch deutliche Restbeschwerden im Sinne eines zerviko-kephalen Schmerzsyndroms mit Schwindel sowie neuropsychologischen Defiziten mit erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, verminderter Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Diese Beschwerden seien eindeutig als Unfallfolgen zu bewerten, welche einem Integritätsschaden von 20 % entsprächen. Im Weiteren sei es zu einer Verbesserung des durch den Unfall verstärkten Lumbovertebralsyndroms gekommen, wobei hier ein status sine qua eingetreten sei (S. 2 unten). 3.12

Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, Audio-Neurootologie und Aequilibrimetrie, erstattete seinen audio-neurootologischen Bericht am 17. Juli 2012 (Urk. 11/2) und führte aus, vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer nie an Teilen eines WAD-Komplexes gelitten, weder an einer auditiven und Schwindelsymptomatik, noch an Zerviko-Cephalgien und kognitiv-mnestischen Störungen (S. 1 unten). Im Verlauf von jetzt 22 Monaten nach dem Unfall zeige sich eine leichte Reduzierung der Intensität der linksseitigen Zerviko-Cephalgien, welche jedoch noch immer therapiebedürftig seien und noch immer Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit, vor allem wie am Anfang bei der Rotation nach links, begründeten (S. 2 Mitte).

Der Beschwerdeführer arbeite zurzeit 30 % als Kurier (S. 3 oben). 4. 4.1

Unmittelbar nach seinem Unfall am 17. September 2010 klagte der Beschwerdeführer über leichte Nackenschmerzen und eine kleine, oberflächliche Schürfwunde am linken Ellbogen (Urk. 9/16 S. 5). Der erstbehandelnde Arzt Dr. Y.\_\_\_\_ berichtete über eine HWS-Distorsion I. Grades (E. 3.2). Ein in der Folge am 22. September 2010 angefertigtes Röntgen der HWS und LWS (E. 3.3) zeigte Chondrosen zwischen L3/4, L4/5 sowie L5/S1, hingegen keine Hinweise auf frische traumatische ossäre Läsionen.

Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte diese Befunde und führte aus, beim Beschwerdeführer bestünden keine neurologischen Ausfälle, so dass eine relevante Läsion am Nervensystem nicht anzunehmen sei (E. 3.5).

Gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ (E. 3.9) sei es durch den Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer aufgrund der nachgewiesenen vorbestehenden degenerativen Erkrankung gekommen.

Gestützt auf diese unbestritten gebliebenen medizinischen Einschätzungen ist da von auszugehen, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis vom 17. September 2010 ein krankhafter Vorzustand im Sinne von degenerativen Veränderungen bestand, welcher das Beschwerdebild mitbestimmt.

#### 4.2

Dr. G.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 6. Januar 2012 (E. 3.9) fest, dass der Beschwerdeführer durch den Auffahrunfall am 17. September 2010 eine HWS-Distorsion I. Grades erlitten habe. Aufgrund der Vorabklärungen inklusive Röntgen- und MRI-Befunden von März und Juni 2010 könne je doch ausgeschlossen werden, dass die HWS-Beschwerden allein durch das Unfallereignis verursacht worden seien. Vielmehr hätten beim Beschwerdeführer bereits degenerative Veränderungen der HWS wie auch der LWS mit chronischen rezidivierenden Beschwerden mit Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen vorbestanden. Es sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung des bekannten degenerativen Vorzustandes auszugehen, wobei der Beschwerdeführer bezogen auf die Unfallfolgen ab dem 28. Februar 2011 beschwerdefrei gewesen sei. Im aktuellsten Beschwerdebild bezüglich der HWS spielten Traumafolgen überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr. Die nach dem 28. Februar 2011 aufgetretenen Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen, sondern entsprächen vielmehr dem natürlichen Verlauf eines degenerativen Wirbelsäulenleidens. Eine dauerhafte Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung sei durch die strukturelle Bildgebung ausserdem nicht nachgewiesen und wegen der Geringfügigkeit des Traumas auch nicht zu erwarten.

Die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ ist für die Beantwortung der gestellten Frage umfassend. Sie berücksichtigt die medizinischen Vorankündigungen so wie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. So erklärte Dr.

G.\_\_\_\_

eingehend, dass es sich bei den von Dr. A.\_\_\_\_ in den Raum gestellten schwerwiegenden Diagnosen um Fehlinterpretationen bei technisch nicht einwandfrei durchgeführten MRI-Aufnahmen handle. Sie bezog weiter ausdrücklich Stellung zur Fehlstellung im Sinne einer diskreten anatomischen Variante des 3. Halswirbelkörpers und dass somit auch die Voraussetzung für eine wie von Dr. A.\_\_\_\_ beschriebene schwerwiegende Verletzung fehle. Einleuchtend ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation, dass es sich klinisch um eine banale Verletzung gehandelt habe, wie der Verlauf deutlich gezeigt habe. Dr. G.\_\_\_\_ legte ausserdem plausibel dar, dass beim Beschwerdeführer bereits degenerative Veränderungen der HWS und der LWS vorbestehend gewesen seien und die aktuell noch bestehenden Beschwerden dem natürlichen Verlauf eines degenerativen Wirbelsäulenleidens entsprächen. Weiter zeigte sie in nachvollziehbarer Weise auf, dass

eine dauerhafte Verschlimmerung durch die strukturelle Bildgebung nicht nachgewiesen sei und aufgrund der Geringfügigkeit des Traumas auch nicht zu erwarten sei, womit die nach dem Therapieabschluss im Februar 2011 aufgetretenen Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien.

Die ärztliche Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_

entspricht somit den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5 und E. 1.6) vollumfänglich, so dass zur Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Zudem wird die Beurteilung durch den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ (E.

3.

## **E. 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 Prozent invalid (Art.

## **E. 8**

) gestützt; denn auch dieser ging davon aus, dass im Heilungsverlauf das chronisch rezidivierende lumbovertebrale Syndrom bei Status nach Dekompression L4/5 als unfallfremder Faktor mitspielt. Weder die Einschätzungen

von Dr. A.\_\_\_\_ (E. 3.4),

Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.5) und Dr.

H.\_\_\_\_ (E. 3.12) noch die Beurteilungen der Ärzte der E.\_\_\_\_ (E.

3.7) sowie der Gutachter des I.\_\_\_\_ (E. 3.10) vermögen die Schlussfolgerungen von Dr. G.\_\_\_\_ in Frage zu stellen, zumal sie keine massgeblichen und somit auch keine von Dr. G.\_\_\_\_

abweichende Kausalitätsaussagen enthalten. 4.3

Seit Jahren klagt der Beschwerdeführer über Rückenschmerzen und unterzog sich in der Folge im Jahre 1998 einer Diskushernien-Operation im Bereich L4/5

(vgl. Urk. 9/30 S. 3). Die Röntgenuntersuchung der HWS und LWS vom 9. März 2010 (vgl. Urk. 9/100) zeigte in Bezug auf die HWS eine Streckhaltung sowie eine Osteochondrose, eine Spondylose sowie eine Unkarthrose C5/6. Weiter konnte eine diskrete Spondylarthrose C5/6 und C6/7 festgestellt werden. In Bezug auf die LWS wurde eine Streckhaltung sowie eine leichte Chondrose L3/4 mit Spondylose festgestellt. Es zeigte sich ausserdem eine stärkere Chondrose L4/5 mit Spondylose sowie eine Spondylose L3-S1. Das am 25. März 2010 durchgeführte MRI der LWS (Urk. 9/98) zeigte eine intraforaminale Diskushernie L3/4 links mit Tangierung der Nervenwurzel L3 links, einen Zustand nach Diskushernien-Operation L4/5 rechts ohne Tangierung der Nervenwurzel bei Diskusstenose sowie eine kleine, medio-lateral gelegene, linksseitige Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 im Recessus. Weiter zeigte das am 29. Juni 2010 durchgeführte MRI des Schädels (Urk. 9/99) einen normalen Befund ohne strukturelle Veränderungen.

Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die HWS-Symptomatik durch das versicherte Unfallereignis vom 17. September 2010 ausgelöst wurde. Für den durch das versicherte Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub der HWS ist eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu bejahen.

#### 4.4

Nach geltender Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.4) kann eine signifikante und damit dauernde

Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule nur dann als durch einen Unfall hervorgerufen angesehen werden, wenn die Radiokopie ein plötzliches Zusammenfallen der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen auf Grund eines Traumas

aufzeigt (Urteile des Bundesgerichts U 530/06 vom 25. Oktober 2007 E. 4.2

und U 355/98 vom 9. September 1999 E. 3a mit Hinweisen, in: RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45).

Medizinisch ist lediglich von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen, wenn nach einer unfallbedingten Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme,

vorbestehende Spondylarthrose, Spondylose oder eine andere degenerative Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch wird. Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule – im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es handelt sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein an erkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteile des Bundesgerichts U 530/06 vom 25. Oktober 2007 E. 4.2 und U 290/06 vom 11. Juni 2007 E. 4.2.1, in: SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34).

#### 4.5

Die Dauer des Beschwerdeschubes der HWS-Beschwerden bemisst sich also nach dem Zeitpunkt, während dem ein behandlungsbedürftiger und/oder die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden bestanden hat.

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid gestützt auf die Beurteilung durch Dr. G. \_\_\_ davon aus, dass der unfallbedingt durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub nicht über den 28. Februar 2011 hinaus angedauert habe.

Dieser Beurteilung kann gefolgt werden. So geht – wie erwähnt – aus den Akten hervor, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis vom 17. September 20

### E. 10

, sondern müssen dem Krankhaften vorzustand zugeschrieben werden. Dieser Schluss steht denn auch in Übereinstimmung mit der Beurteilung der behandelnden Physiotherapeutin.

Somit ist aufgrund dieser aktuellen und in ihren Schlussfolgerungen übereinstimmenden Beurteilungen davon auszugehen, dass der heutige physische Zustand des Beschwerdeführers demjenigen vor dem Ereignis vom 17. September 2010 entspricht, mithin der Status quo ante, allenfalls der Status quo sine spätetens ab März 2011 erreicht worden ist und die vom Beschwerdeführer über den 28. Februar 2011 hinaus geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr natürlich-kausal zum Unfallgeschehen sind. Diese Beurteilung steht zu dem mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang, wonach es der medizinischen Erfahrung entspricht, dass der organische Zustand der Wirbelsäule nach allfällig erlittenen Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate beziehungsweise bei degenerativen Veränderungen spätestens ein Jahr nach dem Unfall wieder so weit hergestellt ist, wie er es auch wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_744/2008 vom 26. November 2008, und 8C\_29/2009 vom 1. Mai 2009, E. 3.5, je mit Hinweisen). 4.6

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. Sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt. Der Beschwerdeführer vermochte so dann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig sei. Nach dem Gesagten erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor.

4.7

Nach dem Gesagten bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. September 2010 zu Recht ab dem 28. Februar 2011 verneint hat, weshalb der angefochtene Einspruch zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Rechtsabteilung, unter Beilage einer Kopie von Urk. 24 - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
MosimannSchüpbach FK/SH/ESversandt

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