

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00147 vom 23. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00147

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00147 du 23 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00147 del 23 dicembre 2013

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). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körperschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.2

Der Versicherte war als Geschäftsführer

beim D.____, E.____, tätig und als solcher ebenfalls bei der Y.____

gegen Unfall obligatorisch versichert, als er am 7. Oktober 2006 einen weiteren Unfall erlitt, bei dem er seine Ehefrau, die gestolpert war, auffangen wollte (Urk. 10/1, Urk. 10/5-6). Die Erstbehandlung fand im Spital F.____, G.____, statt, wo die Diagnose einer frischen Deckplattenkompressionsfraktur LWK 5 gestellt und

er vom 7. bis 11. Oktober 2006 stationär behandelt wurde.

Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 14. Oktober 2006 attestiert (Bericht vom 11. Dezember 2006, Urk. 10/M4). Die Y.____ richtete die gesetzlichen Leistungen aus. Der Heilungsverlauf wurde durch apikale

Nachsinterung und Instabilität L4/5 mit Teleskopieren ventral erschwert (Berichte von PD Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 16. und 23. November 2007, Urk. 10/M12, Urk. 10/14). Ausser dem wurden beim Versicherten eine Osteoporose im Oberschenkelknochen und eine Osteopenie in der Wirbelsäule

gemessen (Bericht von PD Dr. I.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, des J.____ vom 8. Januar 2007, Urk. 10/M6).

Im weiteren Verlauf bestanden die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS) unter Trainings- und medikamentöser Therapie fort (Urk. 10/M27-M32). Die Magnetresonanztomographie (MRT) vom 14. November 2007 ergab eine progrediente Deckplattenimpression von LWK 5 bei erhaltener dorsaler Wirbelkörperkante, leicht erschlaffter Zwischenwirbelscheibe L4/5, nichtkomprimierter Nervenwurzeln L4 im Neuroforamen und leichter Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 (Urk. 10/M18). Mit

Verfügung vom 19. November 2008 verneinte die Y.____ in Bezug auf die Folgen einer erektilen Dysfunktion ihre Leistungspflicht mangels des Kausalzusammenhangs zu den Unfällen vom 3. August 1991 und vom 7. Oktober 2006 (Urk. 10/41). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Im Verlauf des Jahres 2009 klagte der Versicherte über zunehmende lumbale Beschwerden (Bericht von PD Dr. H.____ vom 15. Juli 2009, Urk. 10/M 27). Die

Computertomographie (CT) der LWS vom 22. Juni 2010 zeigte eine Diskushernie L4/5 medio lateral links mit Duralsackkompression und eine Protrusion recessal L5 rechts bei fehlender radikulärer Ausfallsymptomatik (Urk. 10/M33) .

E. 1.2.1

Als natürlich

kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2.2

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 Dahinfallen 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 anspruchsaufhebende 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. 1.3

Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraus sichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbs unfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121). Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen Heilbehandlungen - und die Taggeldleistungen dahin. Der Anspruch auf eine Invalidenrente einer Person, die vor Erreichen des AHV-Rentenalters verunfallt ist, kann auch noch nach der Pensionierung begründet werden (BGE 134 V 392 E. 6).

Mit der Festsetzung einer Invalidenrente oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 28. Juni 2012 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheidens vom 31. Mai 2012 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen für die Unfälle vom 3. August 1991 und vom 7. Oktober 2006 über den 31. Mai 2011 hinaus zu erbringen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 8. November 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2). Die Parteien hielten in einem weiteren Schriftenwechsel an ihren Anträgen fest (Replik vom 20. Februar 2013, Urk. 15 S. 1; Duplik vom 14. Juni 2013, Urk. 21 S. 1).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, es sei gestützt auf die Beurteilung der

K.____ - Gutachte r

und ihre s beratenden Arzt es Dr. M.____

davon auszugehen, dass im Zeitpunkt des ersten Unfallereignisses vom 3. August 1991 und sogar bereits seit 1981 eine Osteoporose der Wirbelsäule vorgelegen habe. Diese sei mit überwiegender Wahr scheinlichkeit nicht unfallbedingt. Allein der Umstand, dass die Osteo po rose im zeitlichen Verlauf erst nach dem Unfallereignis erwähnt worden sei, ge nüge nicht zur Begründung einer Unfallkausalität. Für die von diesem Unfall herrührenden Beschwerden sei gestützt auf das K.____ -Gutachten vom 23. De zember 2011, wonach orthopädisch und neuro logisch nur noch residuelle , nicht relevante Folgen bestehen würden , eine weitere Heilbehandlung nicht not wen dig , wohl aber noch für die Osteoporose .

Der medizinische Endzustand sei spä testens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (per Ende Mai 2011) erreicht ge wesen, da der unfallkausal beeinträchtigte Gesundheitszustand nach dieser Zeit keine namhafte Besserung mehr erfahren habe. Die Frage, ob eine Rente ge schuldet sei, habe sich zu keinem Zeitpunkt gestellt, da keine entsprechende Arbeitsunfähigkeit und damit keine Invalidität vorgelegen hätten. Die Voraus setzungen für eine weitere Übernahme von Heilbehandlungen gemäss Art.

21 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) seien ebenfalls nicht erfüllt. Das Rückfallmelderecht bleibe aber gewahrt. D ie in der Folge des Unfalls vom 7. Oktober 2006 aufgetretenen und weiterbestehenden Beschwerden seien der unfallfremden Osteoporose zuzurechnen . Dieses Unfallereignis entspreche einem Bagatellunfall und müsse als r eine Gelegenheitsursache gelten , denn es wäre auch ohne dieses Ereignis jederzeit mit einem entsprechenden Schaden zu rechnen gewesen. Eine Leistungspflicht der Unfall versicherung sei daher nicht begründet (Urk. 2 S. 6 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Ausführungen der K.____ -Gutach ter zur Ursache der Osteoporose seien alles andere als schlüssig und nachvollziehbar. Diese würden widersprüchlich darlegen, dass im August 1991 keine Osteoporose vorgelegen habe, aber Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 1981 eine solche belegen würden , wobei Osteoporose einen progredienten Ver lauf habe. Gegen die These, dass das Beschwerdebild einer Osteoporose so klar auf den Aufnahmen aus dem Jahr 1981 zu erkennen gewesen sein solle, spreche auch dass bereits Dr. B.____ im Gutachten vom 28. Februar 1997 die Röntgen aufnahmen kritisch beurteilt habe und er auf den Bildern von 1981 nur eine massive Hyperkyphose und multiple Schmorl'sche Knoten gefunden habe, wel che Befunde einem Status nach M. Scheuermann entsprechen würden. Auch die Ärzte der N.____ , welche im Jahr 1981 die Aufnahmen offen kundig im Zusammenhang mit der massiven Hyperkyphose und dem Status nach M. Scheuermann hätten anfertigen lassen, hätten keine Anzeichen für eine Osteo porose zu erkennen vermocht. Auch hätten die Laboruntersuchungen von PD Dr. I.____ keine Hinweis auf eine sekundäre Osteoporose ergeben, was die K.____ -Gutachter ebenfalls nicht berücksichtigt hätten. Sonderbar sei auch die These der Gutachter, be i der Osteodensitometrie vom 3. Juni 2008 sei falsch ge messen worden, obschon die Messresultate mit der Messung vom 8. Mai 1996 weitgehend übereinstimmten. Die Osteoporose habe sich nachweislich erst nach dem Unfall vom 3. August 1991 entwickelt

und sei erstmals auf den Röntgen aufnahmen vom 5. Oktober 1995 erkennbar gewesen. Die Kausalitätsbeurteilung der Gutachter im Hauptgutachten sei im Übrigen nicht verwertbar gewesen, da sie dort auf die Kernfrage der Ursache der Osteoporose nicht eingegangen seien.

Zudem habe die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 28. Februar 2007 anerkannt, dass die für einen Mann seines Alters sehr selten vorkommende Osteoporose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine indirekte Folge des Unfalls vom 3. August 1991 sei, und die Behandlungskosten übernommen. Auch der Vertrauensarzt Dr. med. P.____ habe dies in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2010 bestätigt. Als einzige Ursache für die Entstehung der Osteoporose verbleibe daher nur die lange Dauer der Immobilität mit wochenlangem Bettruhe und anschliessendem Tragen eines Gipskorsettes

nach dem Unfall vom 3. August 1991. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin habe der Unfall vom 3. August 1991 zumindest orthopädische Folgen hinterlassen, wobei er, der Beschwerdeführer durch intensives Krafttraining eine Stabilisierung der Situation erreicht habe. Zur Erhaltung des status quo und der Arbeitsfähigkeit sei die Fortsetzung der Behandlung unbedingt erforderlich. Die Beschwerdegegnerin übersehe sodann, dass die Folge des Unfalls vom 7. Oktober 2006 nicht eine Nachsinterung sondern eine Deckenplattenkompressionsfraktur LWK 5 gewesen sei und sich die Nachsinterung erst später entwickelt habe. Die K.____-Gutachter hätten auch im Ergänzungsschreiben diese These, der status quo sine sei erreicht, nicht stichhaltig begründen können. Die Beschwerdegegnerin habe die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.

Die Beschwerdegegnerin sei nach Art. 21 Abs. 1 lit. c und d UVG auch dann leistungspflichtig, wenn der medizinische Endzustand als erreicht zu gelten habe, was allerdings bestritten werde. Zudem wäre sie dann zu verpflichten, die erforderlichen Abklärungen für die Bemessung einer angemessenen Integritätsentschädigung für die Folgen der Osteoporose und des Unfalls vom 7. Oktober 2006 zu veranlassen sowie die Rentenfrage zu prüfen, wobei beim Validen einkommen zu beachten sei, dass er ohne Unfall nicht nur einer Hauptberufs-, sondern auch einer Nebenberufstätigkeit nachgehen würde (Urk. 1 S. 7 ff. und Urk. 15 in Verbindung mit Urk. 10/63

S. 1 f. und Urk. 10/73 S. 1 f.).

E. 2.3

Es ist strittig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen der Unfälle vom 3. August 1991 und vom 7. Oktober 2006 zu Recht per 31. Mai 2011 (Urk. 10/68) eingestellt hat.

E. 3.1

In Bezug auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses (hier: per 31. Mai 2011)

ist massgeblich, dass

allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (Art. 19 Abs. 1 UVG) mehr zu erwarten ist. Und zwar bestimme sich diese Frage recht sprechungsgemäss allein nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist.

Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109

E. 4.3).

E. 3.2

Nach dem ersten Unfall vom 3. August 1991, bei dem sich der Beschwerdeführer bei einem Gleitschirmabsturz Frakturen am BWK 12, LWK 1, am linken Schambeinast und am linken Handgelenk zugezogen hatte (Urk. 9/M2, Urk. 9/M33), hatte er seine Tätigkeit als Vorsorgeberater ab Februar 1992 zu 75 % und ab dem 24. März 1993 zu 100 %

wieder aufgenommen (Urk. 9/M4, Urk. 9/M9-M10). Gemäss dem undatierten Bericht von Prof. Dr. C.____ (Ein gangsstempel vom 9. Dezember 1994) war der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers damals stationär. Prof. Dr. C.____ befand schon damals, durch eine Weiterführung der Therapie könne nicht mehr mit einer wesentlichen Besserung des Zustandes gerechnet werden. Durch intermittierende regelmässige Physiotherapie müsse der erreichte Zustand erhalten werden (Urk. 9/M23). Ab September 1996 war die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen einer Zunahme der Beschwerden wieder

reduziert (Urk. 9/M34 S. 2). Dr. B.____ hielt im Gutachten vom 28. Februar 1997 fest, dem Beschwerdeführer vom behandelnden Arzt sei seit einiger Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in seinem bisherigen Beruf als Versicherungsagent attestiert worden. Nach Abschluss der zurzeit laufenden Behandlung sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % sicher möglich. In einer leidensangepassten, wechselbelastenden körperlich leichten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/M36 S. 17).

Dr. med. Q.____, damaliger Oberarzt der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin des R.____, erklärte in den Berichten vom 6. Juni 199

E. 3.3

Vor diesem Hintergrund jahrelanger vollständiger Arbeitsfähigkeit und lediglich sporadischer konservativer Behandlungsmassnahmen ist davon auszugehen, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes, welche insbesondere auch die Arbeitsfähigkeit nicht nur aufrechterhält, sondern wesentlich verbessert, nicht zu erwarten. Eingeleitete Behandlungsmassnahmen waren - soweit aktenkundig - keine notwendig und jedenfalls abgeschlossen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Abschluss der betreffenden Schadensfälle per Ende Mai 2011 vornahm.

E. 3.4

3.4.1

Zu den aktuellen (Rest-)Beschwerden ist dem Bericht von PD Dr. I.____

vom 23. Februar 2010 zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide

anhaltend unter Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, weniger auch links, unter Schulter- und Handschmerzen und gelegentlich unter Fingerschmerzen. Er könne sich schlecht bücken. Bei Inklinaton habe er Schmerzen im Becken- und LWS-Bereich (Urk. 10/M29 S. 1).

Aus dem Bericht von PD Dr. H.____ vom 4. März 2011 geht zudem hervor, der Beschwerdeführer habe vermehrt lumbo spondylo gene Beschwerden mit Schwierigkeiten beim Niederbücken. Beim Heben von Gegenständen müsse er sich in die Knie begeben. Es bestünden aktuell eher rechtsseitige Probleme eher facettärer Natur L4/5 im Rahmen der residuellen Situation nach der früheren Fraktur. Bei einem Sturz auf einer Treppe habe sich der Beschwerdeführer ausserdem interkurrent die Schulter verklemt und überbeansprucht. Es bestehe eine Schulterkontusion mit etwas Reizung der Rotatormanchette auf der linken Seite (Urk. 10/M37). Anlässlich der K.____ -Begutachtung im Februar 2011 gab der Beschwerdeführer an, er leide an permanenten Rückenschmerzen und zeitweise auch an Migräneattacken, welche er auf den ersten Unfall vom 3.

August 1991 zurückführe, und insbesondere seit 2008 an ausgeprägteren

Schmerzen im Bereich der unteren Wirbelsäule mit Ausstrahlung ins Gesäss und in die Oberschenkel, welche er als Folgen des Unfalls vom 7. Oktober 2006 betrachte (Urk. 10/M36 S. 10 f. und S. 23 f.).

3.4.2

Betreffend den Unfall vom 3. August 1991 anerkannte die Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang zu den durch den Gleitschirmabsturz unmittelbar verursachten Verletzungen, nämlich zu den Frakturen BWK 12, LWK 1, des Schambeins und des linken Handgelenkes sowie den diesbezüglichen Restbeschwerden, nicht jedoch zu der beim Beschwerdeführer festgestellten Osteoporose (Berichte von Dr. Q.____ vom 6.

Juni 1997, Urk. 9/M37 S. 2, und von PD Dr. I.____ vom 8. Januar 2007, Urk. 10/M6). In Bezug auf das Unfallereignis vom 7. Oktober 2006 verneinte sie grundsätzlich, dass die Fraktur des LWK5 und die lumbalen Rückenbeschwerden im Sinne einer natürlich kausalen (Teil-)Ursache durch das Unfallereignis vom 7. Oktober 2006 bedingt sind. Zu prüfen ist nachfolgend der Kausalzusammenhang der Osteoporose zum Unfall vom 3. August 1991 und der

Fraktur des LWK5 zum Ereignis vom 7. Oktober 2006.

Von der Beurteilung auszuklammern, sind die linken Schulterbeschwerden, welche gemäss dem Bericht von PD Dr. H.____ vom 4. Mai 2011 von einem Sturz auf der Treppe herrühren (Urk. 10/M37), und allfällige Restbeschwerden von der am 4. Oktober 1997 auf der rechten Seite erlittenen Humeruskopffraktur

(Urk. 10/M39). Diese Unfälle nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

4.

4.1

Nach der Densitometrischen Klassifikation der WHO (World Health

Organization, Weltgesundheitsorganisation) liegt eine Abweichung von 1 SD (Standardabweichung) vom Mittelwert der durchschnittlichen maximalen Knochen dichte junger (30-jähriger) Erwachsener (entspricht 10%) noch innerhalb der Norm, während ein Defizit von 10% bis 25% (1 bis 2.5 SD) als Osteopenie bezeichnet wird. Da die Knochenmasse im Alter abnimmt, sind für die Beurteilung der Zeitwert und die Abnahmerate pro Jahr (normal: ca. 1%) massgebend (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., S. 484; Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2008 vom 4. September

2008 E. 4.2.3). Die Feststellung der Erkrankung erfolgt über Röntgenaufnahmen oder Osteodensitometrie. Im Röntgen ist die Knochenstruktur wegen der erhöhten Strahlentransparenz aufgehellt. 4.2

4.2.1

Eine Osteoporose wurde - soweit aktenkundig - erstmals mit

Osteodensitometrie vom 8. Mai 1996 im R.____ gemessen. Und zwar wurde im linken Femurhals

der Wert

(Mittelwert differenz) von 63 % (0.615 g/cm²), bezüglich den Ward Triangle

von 51 %

(spongioser Anteil, 0.422 g/cm²) und in der LWS ab L2-4 von 76 %

(0.847 g/cm²) festgestellt. Dr. Q.____ beurteilte die Werte gemäss dem Bericht vom 6. Juni 1997 in Analogie zu den von der WHO 1994 aufgestellten Klassifizierung der Osteometriewerte bei Frauen und befand, im Bereich des Schenkelhalses liege eine beträchtliche und im Bereich der LWS liege eine leichte Osteoporose vor (Urk. 9/M37 S. 2).

Dr. B.____ stellte gemäss seinem Gutachten vom 28. Februar 1997 sodann anhand den Röntgenaufnahmen vom 5. Oktober 1995 eine deutliche Osteoporose mit strahliger Vergröberung der Knochenstruktur in der Brustwirbelsäule (BWS) und in der LWS fest (Urk. 9/M36 S. 10 und S. 14). Eine weitere Osteodensitometrie

fand gemäss dem Bericht von PD Dr. I.____ vom 8. Januar 2007 am 20. Dezember 2006 statt. Die Messung ergab die Werte im Femurhals

von 68 % (-2.6 T-Score; 0.732

g/cm²), Wards von 50 % (-

E. 3.7

; 0.485 g/cm²) und in der LWS L2-4 von 81 % (-1.9; 1.006 g/cm²). PD Dr. I.____ schloss auf eine Osteopenie im Wirbelsäulenbereich und im Trochanter und auf eine Osteoporose im Femurhals sowie im Wardschen Dreieck. Die Laboruntersuchungen hätten keine Hinweise auf eine sekundäre Osteoporose ergeben. Da der Beschwerdeführer die letzte Wirbelkörperfraktur im Jahr 2006 ohne adäquates Ereignis gehabt habe, empfehle er jetzt eine Behandlung mit Calcium D3 und Forsteo

(Urk. 10/M6). Gemäss dem Bericht von PD Dr. I.____ vom 3. Juni 2008 zeigte eine erneute Messung nach angesetzter Behandlung eine deutliche Zunahme der Knochen-dichte (Urk. 10/M21).

4.2.2

Die K.____-Gutachter Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädie, und Dr. med. W.____, Facharzt für Neurologie, gingen

gemäss dem

bi-disziplinären Gutachten vom 23. Dezember 2011

(Urk. 10/M36) und

dem ergänzenden Schreiben vom 31. März 2011 (Urk. 10/M38) davon aus, dass die Osteoporose respektive Osteopenie

unfallunabhängig und wahrscheinlich genetischen Ursprungs sei.

Die aktuell geklagten Rückenbeschwerden, welche nachvollziehbar seien, stünden überwiegend wahrscheinlich hauptsächlich damit in Zusammenhang. Allfällige Rückenschmerzen könnten nur noch zu einem geringen Anteil als (erst-) unfallassoziiert interpretiert werden. Die Schmerzursachen seien inzwischen wesentlich von der voranschreitenden manifesten Osteoporose mit Erstdiagnose 1997 und mit inzwischen eindeutigen Osteodensitometriebefunden überholt worden (Urk. 10/M36 S. 20).

Die Folgen des ersten Ereignisses vom 3. August 1991 hätten als reine Unfallfolgen zu gelten. Das Ereignis vom 7. Oktober 2006 habe als Bagatell- und Gelegenheitsursache zu geltend. Deren Folgen

seien als osteoporose-assoziierte Komplikation respektive die Sinterungsfraktur LWK5 sei als pathologische Osteoporosefraktur

zu interpretieren (Urk. 10/M36 S. 14 und Anhang S. 1

f., Urk. 10/M38).

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. M.____, kam nach Einsicht in das K.____-Gutachten und die Röntgenaufnahmen der Jahre 1981 und 1991, welche den K.____-Gutachtern nicht vorgelegen hatten (Urk. 10/M41 S. 1), zum Schluss, dass bereits am Unfalltag vom 3. August 1991 eine namhafte Osteoporose der BWS und der LWS vorgelegen habe. Auch würden die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule vom 9. Oktober 1981 in Bezug auf das damalige Alter des Beschwerdeführers von 21 Jahren eine merkliche Osteoporose zeigen, so dass mit Sicherheit ausgesagt werden könne, dass die heute vorliegende und Beschwerden verursachende Osteoporose bereits vorbestehend gewesen sei (Urk. 10/M40 S. 1).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 1. März 2012 zu den neu unterbreiteten Röntgenaufnahmen aus den Jahren 1981 und 1991 stellte der orthopädische K.____-Gutachter Dr. V.____ fest, die Diagnose einer Osteoporose mit schwer punktmässiger Lokalisation im Bereich der mittleren BWS sei bereits mit Bezug auf das Jahr 1981 gerechtfertigt. Im Gegensatz zu den Feststellungen von Dr. M.____ seien zwar auf den Röntgenbildern der BWS und LWS vom 3., 14. August und vom 17. Oktober 1991 eine eindeutige Osteoporose-Pathologie, insbesondere eine für die Osteoporose typische vermehrte Randleistenzeichnung und eine Betonung der senkrechten Knochen trabekel nicht auszumachen. Solche Zeichen seien indes in der Röntgenaufnahme der BWS in zwei Ebenen vom 9. Oktober 1981 zu sehen. In der Röntgenaufnahme der BWS vom 5. Oktober 1995 seien darüber hinaus osteoporose-typische Fischwirbeldeformierungen des 3., 4. und insbesondere des 5. BWK erkennbar. Es sei damit unerheblich, ob die Aufnahmen von 1991 eine Osteoporose bestätigen würden oder nicht. Denn die Diagnose einer Osteoporose sei bereits 10 Jahre zuvor im Jahr 1981 röntgenologisch gerechtfertigt gewesen. Die gutachterliche Einschätzung der Wirbelsäulenschäden sei dadurch erschwert gewesen, dass die massgeblichen Berichte von 1991 bis 1994 und das Gutachten von Dr. B.____ vom 28. Februar 1997 auf die Verletzungsfolgen fokussiert gewesen seien. Im Nachhinein er scheine die Interpretation einer im Jahr 1997 attestierten leichten Osteoporose nicht mehr

nachvollziehbar. Denn wenn mittels des eher groben Röntgenverfahrens Befunde einer Osteoporose festgestellt werden könnten, gelte die Knochenmasse bereits als um zirka 30 % reduziert.

Entsprechend müsse das Ergebnis der Osteodensitometrie vom 3. Juni 2008 im Nachhinein angezweifelt werden. Denn nach den diskutierten Röntgenbefunden der LWS sei ein osteodensitometrischer T-Score von weniger als -2.5 kaum vorstellbar. Die Schlussfolgerung im K.____-Gutachten vom 23. Dezember 2011, dass die Deckplattenimpressionsfrakturen Th12 und LWK1 als Folge des Unfallereignisses vom 3. August 1991 zu beurteilen sei, sei weiterhin gültig. Der Vorschaden (Osteoporose) sei gegenüber dem Unfallmechanismus und der einwirkenden Biomechanik nach geordnet. Die Folgen der erlittenen Sinterungsfraktur LWK 5 mit zunehmender Instabilität des Bewegungssegments L4/5 gehe ausschliesslich zu Lasten der 2006

weiter vorgeschrittenen Osteoporose und nicht mehr zu Lasten der Auswirkungen des Unfalls vom 7. Oktober 2006. Der status quo sine sei zirka sechs Monate nach dem Ereignis eingetreten. Die von PD Dr. H.____ attestierte leichte Nachsinterung apikal L5 sei infolge einer erlittenen Stauchung vom 7. Oktober 2006 entstanden und gelte als Bagatelleinwirkung. Eine ähnlich leichte Nachsinterung könne beispielsweise bei einem Positionswechsel aus stehender Position oder auf eine wenig gefederte/gepolsterte Sitzunterlage ebenfalls eintreten (Urk. 10/M 41). 4.3

4.3.1

Mit der Beschwerdegegnerin ist nach gegebener Aktenlage nicht davon auszugehen, dass die beim Beschwerdeführer in den Jahren 1995/1996 (Urk. 9/M36 S. 14, Urk. 9/M37 S. 2) festgestellten osteoporotischen Knochenveränderungen Folge des Unfalls vom 3. August 1991 sind. Eine Möglichkeit für einen solchen kausalen Zusammenhang hätte

eine anhaltende Immobilität/osteoporose darstellen können. Der Knochenmasseverlust aufgrund von Immobilität ist bei gesunden jungen Erwachsenen jedoch reversibel. Er hält noch etwa zwei Wochen nach Bettruhe während der Remobilisierung an. Der komplette Wiederaufbau der Knochendichte benötigt bei gesunden Versuchspersonen etwa ein Jahr (Prof. Dr. med. E. Preisinger, Immobilisations-Osteoporose in: Spectrum Osteoporose, Heft 1/2010, S. 8).

Die völlige Immobilität dauerte beim damals 30-jährigen Beschwerdeführer zu Folge des stationären Aufenthalts nach dem Unfall vom 3. August 1991 nicht länger als sieben Wochen (Austritt aus der N.____

am 20. September 1991; Bericht des Xa.____ vom 7. Dezember 1992, Urk. 9/M6; gemäss dem Besprechungsprotokoll der Beschwerdegegnerin vom 26. März 1996: sechs Wochen Bettruhe, Urk. 9/17 S. 1 f.), gefolgt vom Tragen eines Gipskorsetts während etwa eines Monats

(maximal bis 20. Oktober 1991, Urk. 9/M3, Urk. 9/M36 S. 2). Im Anschluss an den Aufenthalt in der N.____ begann bereits die Mobilisationsphase im Xa.____. Danach wurde in der N.____ ein Lendenmieder angepasst (Urk. 9/M3, Urk. 9/M36 S. 2). Anschliessend folgte ambulante Physiotherapie und über Jahre ein Kräftigungstraining (Urk. 9/17 S. 1 f.). Gemäss dem Bericht vom 30. Januar 1992 waren alle Frakturen damals geheilt ohne zusätzliche Keilwirbelbildung (Urk. 9/M4).

Der Beschwerdeführer fuhr zudem bereits rund ein halbes Jahr nach dem Unfall wieder Ski (Urk. 10/M36 S. 9).

Eine anhaltende Osteoporose zufolge unfall bedingter Im mobilität bis zum

Zeitpunkt, als - soweit aktenkundig - erstmals eine solches Beschwerdebild (radiologisch) im Jahr 1995 festgehalten wurde (Urk. 9/M36 S. 14), ist bei diesem Verlauf nicht über wiegen der wahrscheinlich . Dabei ins Gewicht fällt auch , dass am Femur hals

und im Wardschen Dreieck eine deutlich stärkere Ab weichung vom Mittelwert, mithin eine geringere Knochendichte als in der Wirbel säule gemes sen wurde (Urk. 9/M37 S. 2, Urk. 10/M6 S. 2) , was mit der

unfallbedingten l okale n

- we gen des Gipskorsetts und des Lendenmieders an der Wirbelsäule länger dauern den - Immobilität nicht korreliert. Es ist davon auszugehen, dass ein Kno chenabbau zufolge unfallbedingter Im mobilität ein Jahr nach dem Unfall, je denfalls aber vor dem Jahr 1995, wieder kom pensiert war und die im Jahr 1996 erstmals mittels Osteodensitometrie vom 8. Mai 1996 gemessene Osteop orose am Rücken nicht mehr Unfallfolge war. Dies gilt unabhängig davon, ob ein entsprechender Vorzustand be stand oder nicht, wenn auch eine vorbestehende Osteoporose aufgrund der überein stim menden Fest stellungen von Dr. M.____ und Dr. V.____ zum Röntgenmaterial von 1981 und ange sichts des Um standes, dass der Beschwerdeführer in jungen Jah ren bereit s 18 Frakturen bei Sport-/Skiunfällen (betreffend Finger-, Schienbein- Nasenbein etc.) erlitten hatte (Urk. 9/M27 S. 1, Urk. 9/M36 S. 1, Urk. 9/M36 S. 9), zu min dest nahelie gend ist. Im Übrigen erscheint eine Bewegungseinschränkung an gesichts der multiplen Fak toren, die das Ausmass der Knochen masse beein flussen können und der weit gehend ungeklärten Aethiologie des Knochen ab aus (vgl. dazu Pschy rembel, Klinisches Wörterbuch ; Kraenzlin /Seibel/ Meier, Diagnostik und Therapie der Osteoporose, in: Schwei zerisc hes Medizin-Forum, 2006, S. 712 ff.; Schröter, Gutachterliche Problem stellungen bei Osteoporose, in: Der Medizini sche Sach verständige, 2006, S. 212 ff.) lediglich als eine bloss e Möglicheit für die Ent stehung des Krank heitsbildes, was für die Bejahung einer Unfallkausali tät nicht genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2008

vom 4. September 2008 E. 4.2.4). 4.3.2

Dagegen vermag der Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 9 f.) nichts zu seinen Gunsten aus den Kurz-Stellungnahmen der beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin Dr. O.____

und Dr. P.____ ab zu leiten. Gemäss der Aktennotiz der Be schwerde gegnerin betreffend eine Besprechung mit Dr. O.____ vom 28. Februar 2007 beurteilte dieser die Ursache der Wirbelfraktur vom 7. Oktober 2006 und nicht jene der Osteoporose. Er vertrat danach die Ansicht, die Wirbelfraktur habe ohne ein Er eignis nicht stattfinden können (Urk. 10/M13). In Bezug auf die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang der Osteoporose (Femur) und der Osteopenie (LWS) erklärte er in der Stellungnahme vom 3. Dezember 2008 lediglich mit den Worten „überwiegend wahrscheinlich zu Unfall vom 3. August 1991“ (Urk. 10/M26 S. 2), ohne dies zu begründen. Auch die Stellungnahme von Dr. P.____ vom 14. Juli 2010 enthält keine Begründung zur Unfall kausalität der Osteoporose. Er führte darin einzig aus, die Diskus hernie L4/5 stehe nur möglicherweise in ursächlichem Zusammenhang mit den Unfall ereig nissen vom 3. August 1991 und vom 7. Oktober 2006. Dege nerative Dis kus ver änderungen stünden im Vordergrund. Die Rückenbeschwerden

und die Osteoporose seien bisher stets als unfallkausal beurteilt worden. Insgesamt seien die Rückenbeschwerden multifaktoriell (Status nach Frakturen, Osteoporose, degenerative Diskusveränderungen) bedingt. Die Unfallgenese dieser anhaltenden Beschwerden stehe aber weiterhin im Vordergrund (Urk. 10/M34 S. 2). Damit setzte sich weder Dr. O.____ noch Dr. P.____ nachvollziehbar mit der Kausalität der Osteoporose auseinander, weshalb deren Stellungnahmen das hiervor Ausgeführte nicht in Frage zu stellen vermögen. Es ist somit davon auszugehen, dass die Osteoporose respektive Osteopenie des Beschwerdeführers keine Folge des Unfalls vom 3. August 1991 darstellen.

Ergänzender medizinischer Abklärungen bedarf es nicht. 5.5.1

Betreffend den (natürlichen) Kausalzusammenhang zwischen der Fraktur am LWK 5 und dem Ereignis vom 7. Oktober 2006 ist Folgendes zu beachten: Recht sprechungs gemäss gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG mass gebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schaden auslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt nach dem Gesagten der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schädigungsanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers

(SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011 E. 4.2 mit Hinweisen). 5.2

5.2.1

Die K.____-Gutachter waren

bereits im Gutachten vom 23. November 2011, mit Hinblick auf die orthopädischen Gutachter Dr. V.____ vom 1. März 2012 und vor Einsicht in die Röntgenaufnahmen von 1981 sowie 1991 (Urk. 10/M41), zum Schluss gekommen, dass

aufgrund der vorbestehenden pathologisch-osteoporotischen Verhältnisse (unter anderem) an der LWS

auch ein Zufallsanlass im Sinne eines alltäglichen alternativen Belastungsfaktors zur Aktivierung der Symptomatik ausgereicht hätte und daher das Ereignis vom 7. Oktober 2006 nicht als unfallrechtlich relevante (Teil-)Ur sache der diagnostizierten LWK

5-Fraktur zu beurteilen sei

(Urk. 10/M36 S. 1

E. 7

und Anhang S. 2

f.). Und zwar

führten sie nachvollziehbar aus, dass der behandelnde Orthopäde PD Dr. H.____ im Bericht vom 15. November 2006 (Urk. 10/M1) die stattgehabte Fraktur des LWK 5 einem relativ geringen Trauma vom 7. Oktober 2006 zugeordnet habe und im Verlauf osteoporosetypisch radiologisch eine leichte Nachsinterung apikal L5 erkennbar gewesen sei. Die Sinterungsfraktur LWK 5 sei daher im Wesentlichen als pathologische Osteoporosefraktur

zu interpretieren. Das Ereignis vom 7. Oktober 2006 sei nicht geeignet gewesen, einen gesunden und von einer Osteoporose nicht befallenen Wirbelkörper strukturell zu schädigen. Die Osteoporose sei - auch übereinstimmend mit der osteodensitometrischen Abklärung vom 3. Juni 2008 (Urk. 10/M6) - bereits fortgeschritten und es habe nicht mehr als einer Bagatelleinwirkung bedurft, um die Sinterung des 5. Lendenwirbelkörpers zu bewirken (Urk. 10/M36 S. 17). Der Unfall vom 7. Oktober 2006 stelle keine entscheidende Teilursache im Sinne einer *Conditio sine qua non* dar. Die Sinterungsfraktur LWK 5 gelte als pathologische Osteoporosefraktur und hätte bei jeder anderen blanden Einwirkung ebenso entstehen können (Urk. 10/M36 Anhang S. 2). 5.2.2

Diese Beurteilung ist überzeugend und mit den übrigen Akten vereinbar. Und zwar wurde das Unfallereignis vom 7. Oktober 2006 im Schadeninspektoren-Bericht vom 23. Januar 2007 folgendermassen protokolliert: Der Beschwerdeführer habe gegenüber von seiner Ehefrau gestanden, diese habe scherzhaft einen Schritt nach hinten gemacht und sei gestolpert, so dass sie zu fallen gedroht habe, woraufhin er sie mit den Armen aufgefangen habe. Dabei hätten Kräfte (Gewicht der Ehefrau zirka 60 Kilogramm) auf seine nach vorn gebeugte Wirbelsäule gewirkt und er sei zusammen mit seiner Gattin zu Fall gekommen. Er sei auf die rechte Seite auf den Boden gestürzt (Urk.

10/6 S. 1). Gemäss dem Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Spitals F.____ vom 11. Dezember 2006 hatte der Beschwerdeführer allerdings noch angegeben, er habe sich mit der Ehefrau im Raum „ruckartig nach vorne überbeugt“, wobei er plötzlich einen starken Schmerz im Lendenwirbelsäulenbereich verspürt habe. Ein Sturz sei dabei nicht erfolgt. Die Einweisung sei per Notarzt erfolgt

(Urk. 10/M4 S. 1).

Trotz dieser widersprechenden Aussagen des Beschwerdeführers zum Unfallhergang (zur Beweismaxime des Gewichts von „Aussagen der ersten Stunde“ vgl. BGE 121 V 45 E. 2a mit Hinweisen) wurde von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt, dass ein Sturz erfolgt ist. Selbst eingedenk eines Sturzes ist indes festzuhalten, dass ein solcher nicht nach hinten auf das Gesäss erfolgte und damit jedenfalls die direkte Kraft einwirkung auf den LWK 5 als nicht allzu gross anzunehmen ist.

Im besagten Bericht des Spitals F.____ wurde als wesentlicher Befund gemäss dem MRT vom 10. Oktober 2006 denn auch lediglich ein frisches paralleles bandförmiges Ödem am

LWK 5 mit gerin ger Deck platten impression ohne Höhen vermindernung des Wirbel körpers und ohne Nachweis einer frischen Band scheiben affektion , mithin ohne Ab splitte rung eines Knochenteils und ohne weitere Verletzungen

festge halten . Dies sei am ehesten als Zeichen einer frischen

Deckplattenkompressionsfraktur LWK 5 zu beurteilen , wobei betreffend Kausalität ein direkter Zusam menhang aus der Schilderung der Beschwerdeentstehung nicht zu erkennen sei

(Urk. 10/M4 S. 2).

Auch gemäss dem Bericht von PD Dr. H.____ vom 15. November 2006 erlitt der Beschwerdeführer eine LWK5-Stauchungsfraktur, welche durch ein relativ ge ringes Trauma aufgetreten sei. PD Dr. H.____ hatte in diesem Bericht, mithin vor der osteodensitometrischen Messung vom 3. Juni 2008 (Urk. 10/M6), von einer radiologisch eindrücklichen Rarifizierung der trabekulären Strukturen mit Ver dacht auf Osteoporose gesprochen. Aufgrund dessen sei eine Osteoporose-Ab klärung und Behandlung angezeigt, um weitere n Wirbeleinbrüchen bei gerin gen Belastungsmomenten vorzubeugen (Urk. 10/M1 S. 2). Auch PD Dr. H.____ ging somit von einem Wirbeleinbruch aus und von bereits radiologisch deutlichen Zeichen für eine erhebliche Demineralisierung der Knochenstruktur. Wenn PD Dr. H.____ zudem im radio logischen Verlauf (gemäss Röntgenaufnahme der LWS vom 6. November 2006) eine leichte Nachsinterung apikal L5 zufolge Ausbruch der Vorderkante feststellte (Urk. 10/M1 S. 2), bezeichnete er damit ein schritt weises Fortschreiten des Wirbeleinbruchs, wie das Wort „Nach-„Sinterung bereits erklärt. Schliesslich hielt auch PD Dr. I.____ im Bericht vom 8. Januar 2007 fest, dass die letzte Wirbelkörperfraktur (vom 7. Oktober 200 6) ohne adä quates Ereignis erfolgt sei, weshalb er den Beginn einer entsprechenden medi kamentösen Therapie empfahl (Urk. 10/M6 S. 1). 5.2.3

Bei dieser Sachlage ist bei Eintritt des Ereignisses vom 7. Oktober 2006 von einem derart labilen Vorzustand auszugehen, dass mit einem Wirbel(ein-) bruch im Sinne einer Deckplattenimpression jederzeit zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufalls anlass. Die unfallbedingte Ein wir kung - Verhebetauma oder/und Sturz - hat daher als anspruchshindernde

Gelegen heits - oder Zufallsursache zu gelten. Folglich verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zufolge des Ereignisses vom 7. Oktober 2006 zu Recht. Dies gilt im Übrigen auch in Bezug auf die mit CT der LWS vom 2 2. Juni 2010 fest gestellte Diskushernie L4/5 (Urk. 10/M33) , welche nach dem Gesagten als dege nerative Folge möglicherweise der Osteoporose-Erkrankung und jedenfalls unabhängig vom Unfallgeschehen zu gelten hat.

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerde führers nichts zu ändern.

Der rechtsrelevante Sachverhalt ist zudem genügend abgeklärt und es ist nicht zu erwarten, dass zusätzliche Beweismassnahmen einen entscheiderelevanten neuen Aufschluss bringen , weshalb davon abzusehen ist .

5.3

Bei dieser Ausgangslage ist mit der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die restlichen Beschwerden aus dem Unfall ereignis vom 3. August 1991 - wenn überhaupt - von einer sehr geringen Belastung ohne Therapiebedürftigkeit per Ende Mai 2011 auszugehen, zumal eine medizinische Behandlung insofern bereits 2001 eingestellt worden war (vgl. Erwägung 3.2 hiervor) und seither diesbezüglich keine Rückfallmeldung erfolgte. Eine dadurch resultierende ärztlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht ebenfalls nicht. Insbesondere ist dabei keine Einschränkung auszumachen, welche zu einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10 %

führen könnte (Art. 18 Abs. 1 IVG). Eine Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfalls vom 3. August 1991 wurden dem Beschwerdeführer zudem (damals unwidersprochen) bereits im Jahre 1995 ausbezahlt (Urk. 9/4, Urk. 9/13), weshalb nicht erneut darüber zu befinden ist. 5.4

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. Mai 2012 (Urk. 2) erweist sich als rechtsens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Y.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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