

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00019 vom 30. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00019

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00019 du 30 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00019 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1960 geborene X.____ war seit dem 1. Februar 2006 bei der Y.____ als Bauisoleur tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert, als er am 16. September 2011 zu Hause auf einer Treppe auf die linke Körperseite stürzte und sich eine Kontusion des linken Beckens und eine OSG-Distorsion zuzog.

In der Folge war er arbeitsunfähig. Die Suva richtete einstweilen Taggelder aus und kam für die Heilbehandlung auf.

Am

E. 2

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Richter, am 16. Januar 2013 Beschwerde erheben und die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sowie die Kostenübernahme für die Operation vom 24. November 2011 und für die nachfolgenden Behandlungen, eventualiter die Veranlassung einer neurochirurgischen Begutachtung durch die Suva, beantragen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2013 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Umstritten ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Bandscheibenoperation vom 24. November 2011 und für die nachfolgende Heilbehandlung übernehmen muss.

E. 2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer

gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, entscheidet das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die bloße 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. 2.2

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). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen wie hier deckt sich die adäquate 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. 2.3

Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen.

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nicht darunter fallen die unmittelbar mit einer Operation der Diskushernie verbundenen Kosten, wenn ein solcher Eingriff der Behebung der Ursache selbst dient (Urteil des Bundesgerichts U 379/00 vom 20. September 2001 E. 6c). Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen.

Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2007 vom 4. Juli 2008 E. 2.3).

Ein Unfall ist somit 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4).

E. 3

Am 18. September 2011 begab sich der Beschwerdeführer notfallmässig ins Z.____. Er gab dort an, zwei Tage zuvor zu Hause mit der linken Körperseite auf eine Treppe gestürzt zu sein. Er habe sich dabei den linken Fuss über treten und sei gegen die linke Flanke und Schulter geprallt. Er habe Schmerzen an der linken Flanke und am linken Unterschenkel. Die Schulter sei beschwerdefrei. Die Diagnose dieser Erstbehandlung lautete auf eine Kontusion des Beckens links und eine OSG-Distorsion links (Urk. 8/18).

E. 3.1

1

Der Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, hielt am 3. Februar 2012 fest, die Operation vom 24. November 2011 bzw. die seit Jahren bekannte Diskushernie L4/5 sei nicht unfallbedingt. Die Beschwerden hätten schon Monate vor dem Sturz am 16. September 2011 bestanden, wie sich der Indikation des Operationsberichts entnehmen lasse (Urk. 8/59). 3.12

Am 31. Juli 2012 erstellte Dr. G.____ eine ausführliche ärztliche Beurteilung. Er wies darauf hin, dass seit 2002 eine Diskushernie L4/L5 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 bekannt gewesen und im Z.____ am 18. September 2011 lediglich die Diagnosen Beckenkontusion links und OSG-Distorsion links gestellt worden seien. Im Jahr 2009 habe sich der Beschwerdeführer selber und ohne vorgängiges Unfallereignis notfallmässig im Z.____ wegen LWS-Schmerzen mit Kraftminderung in der linken Grosszehe und Hyposensibilität im Dermatome L5/S1 gemeldet. Im Austrittsbericht des Z.____ vom 7. Oktober 2011 sei neu die Diagnose eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms bei Diskushernie L4/L5 mit lumboradikulärem L5-Syndrom links nach Trauma gestellt worden. Auf den im eigenen Haus erstellten Bericht aus dem Jahr 2009 sei dabei nicht hingewiesen worden. Auf diese Weise sei ein Kausalzusammenhang zwischen den Rückenproblemen des Beschwerdeführers und dem Trauma vom 16. September 2011 hergestellt worden. Er hielt es für unklar, ob das Unfallereignis dazu geeignet gewesen sei, die vorbestehende Diskushernie L4/L5 zu traumatisieren. Eine richtungsgebende Verschlimmerung könne angesichts der seit langem bekannten, radiologisch gut dokumentierten Vorbefunde, welche konstant geblieben seien, verneint werden. Auch die neuesten Befunde würden nach dem Unfall keine frische strukturelle Läsion im LWS-Bereich zeigen (Urk. 8/91). 4.

Anhand der Akten besteht seit spätestens 2009 links eine Diskushernienproblematik auf der Höhe L4/L5 und damit ein Vorzustand im betreffenden Segment. Es ist zwar möglich, dass sich diese Bandscheibenproblematik durch das Ereignis vom 16. September 2011

akzentuierte. Zwar dürfte eine Verschlechterung entgegen der Meinung von Dr. G.____ röntgenologisch

ausgewiesen sein, denn im Operationsbericht vom November 2011 wurde erst mals von einer grossen Diskushernie gesprochen, währenddem diese im Jahr 2009 noch als klein bezeichnet worden war. Jedoch war die Diskushernie in diesem Segment schon damals für die vom Beschwerdeführer als stark geklagten Schmerzen mitverantwortlich und musste auch im Jahr 2009 über längere Zeit stationär schmerzbehandelt werden. Auch die Nervenwurzelkompression war damals schon gegeben. Damit ist eine Verschlechterung möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die Frage, ob eine signifikante Verschlechterung stattgefunden hat, kann ohne hin offen bleiben, denn anhand der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein leichtes Unfalltrauma und jedenfalls keinen Unfall erlitt, der geeignet wäre, auch eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Es ist zudem überwiegend wahrscheinlich, dass keine axiale Belastung des (lumbalen Bereichs des) Rückens stattgefunden hat und dass die Symptome der Diskushernie nicht unverzüglich und damit sofort nach dem Ereignis auftraten.

So wurden keine ossären oder anderweitigen strukturellen Läsionen festgestellt, und die lumbalen Rückenschmerzen wurden erst im Nachhinein mit dem Unfall vom 16. September 20

E. 3.2

Der Beschwerdeführer befand sich vom 12. bis 29. Januar 2009 wegen einer diagnostizierten Diskushernie L4/L5 lateral links im Z.____ zur Schmerzbehandlung, nachdem er sich selbständig bei der Notaufnahme gemeldet hatte. Er habe über starke Schmerzen im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität geklagt (Urk. 8/56).

Gemäss Beurteilung eines am 19. Januar 2009 erstellten MRI

war ein alter, verkalkter kleiner Diskusprolaps rechts lateral bei L4/5 und zusätzlich eine kleine luxierte Hernie links lateral für die Beschwerdesymptomatik verantwortlich (Urk. 8/55).

E. 3.4

Ein MRT der LWS vom 21. September 2011 ergab eine Apophyse-Randstenosierung ventral im Bereich der Deckplatte LWK4, Osteochondrosen in der Höhe LWK 4/5 sowie geringe rechtslateral in der Höhe LWK 5/S1. Thoracolumbal wurde ein rudimentärer Morbus Scheuermann ausgemacht. In der Höhe LWK 4/5 und 5/S1 lägen mässige Spondylarthrosen vor, ansonsten sei der Knochen- und Gelenkbefund unauffällig. Es sei weder eine Fraktur noch ein posttraumatisches Bone bruise gegeben. Auf der Höhe LWK 4/5 machte Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, eine medio

linkslaterale Diskushernie aus. Er hielt fest, die Bandscheibe wölbe sich hier 5 mm konvex bogig nach dorsal-caudal der Hinterkante LWK 5. Die linke L5-Nervenwurzel werde von ventral discal und von dorsal durch die leicht prominente Facetten gelenkkapsel komprimiert, der Spinalkanal mässiggradig stenosierte. Die übrigen Bandscheiben der LWS seien unauffällig (Urk. 8/26).

E. 3.9

Vom 8. bis 18. November 2011 befand sich der Beschwerdeführer im F.____ zur Rückenschmerzbehandlung. Im provisorischen Austrittsbericht vom 17. November 2011 wurde festgehalten, ein am 15. November 2011 erstelltes MRI zeige im Vergleich zu jenem vom 21. September 2011 keine Veränderung (Urk. 8/101). 3.

E. 5

Am 22. September 2011 begab sich der Beschwerdeführer wiederum notfallmässig ins Z.____ (Urk. 8/1). Dort blieb er bis zum 4. Oktober 2011 in stationärer Schmerzbehandlung. Es wurde ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei einer Diskushernie L4/L5 links mediolateral mit discaler und ossärer L5-Nervenwurzelkompression links und rechts medial und aktuell

ein lumboradikuläres L5-Syndrom links nach Trauma sowie eine OSG-Distorsion links mit distalem fibulärem ossärem Bandariss Malleolus lateralis diagnostiziert. Die Hospitalisation sei aufgrund einer Exacerbation der bekannten chronischen Rückenschmerzen nach einem Sturz am 16. September 2011 erfolgt. Klinisch zeige sich eine Sensibilitätsstörung am lateralen Unterschenkel und Vorfuss mit Grosszehenheberschwäche linksseitig, entsprechend der Wurzel L5. Das hausärztlich veranlasste MRT der LWS zeige kein posttraumatisches Bone bruise und auch keine ossäre Läsion. Auffällig sei die bekannte Diskushernie L4/L5 links mediolateral mit discaler und ossärer L5 - Nerven - wurzel kompression linksseitig. Der Beschwerdeführer trete zur Rehabilitation in die A.____ aus (Urk. 8/19 und 8/37). 3.

E. 6

Der Schadenmeldung vom 27. September 2011 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 16. September 2011 zu Hause die Treppe hinunter stürzte. Er habe sich dabei den „Rücken links“ und das „Bein links“ verletzt (Urk. 8/2). 3.

E. 7

Dem ersten hausärztlichen Arztbericht vom 12. Oktober 2011 gemäss hat die Erstbehandlung am 20. September 2011 stattgefunden. Der Beschwerdeführer hielt gegenüber Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, er sei zu Hause auf der Treppe ausgerutscht mit Innenrotation des linken Fusses, wobei er direkt auf die LWS gefallen sei. Die Notfallabklärung im Z.____ habe keine ossäre Läsion ergeben. Sie diagnostizierte ein posttraumatisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 und S1 links bei Status nach Kontusion der LWS, eine Beckenkontusion sowie ein Distorsionstrauma des linken oberen Sprunggelenks und attestierte dem Beschwerdeführer ab 16. September 2011 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/21). 3.

E. 8

Dem Austrittsbericht der A.____ vom 9. November 2011 gemäss hat sich der Beschwerdeführer im Zuge des am 16. September 2011 erfolgten Treppensturzes das linke Sprunggelenk umgeknickt und bei vorbekannter Diskushernie L4/5 eine Kontusion der LWS sowie eine OSG-Distorsion links mit ossärem Bandariss Malleolus lateralis erlitten. In Bezug auf die Diskushernie L4/5 rechts medial mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 wurde auf ein MRI aus dem Jahr 2002 hingewiesen. Der Rehabilitationsaufenthalt habe vom 4. bis 25. Oktober 2011 stattgefunden (Urk. 8/34).

E. 10

Am 24. November 2011 unterzog sich der Beschwerdeführer in der B._____

wegen seiner Diskushernie L4/5 links mit nach caudal luxiertem Sequester und rezessaler Wurzelkompression L5 links einer mikrochirurgischen Sequestrektomie L4/5 links.

Als Operationsindikation ist dem Bericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Monaten an Lumboischialgien im Dermatom L5 links leide. Mehrere Wurzelblöcke hätten keine Linderung gebracht. Im MRI zeige sich eine grosse Diskushernie L4/5 links mit Verlagerung und Kompression der Wurzel rezessal gegen das Facettengelenk bei anlagebedingt engem Spinalkanal (Urk. 8/41).

E. 11

in Verbindung gebracht. Ein schweres oder irgendwie eindrückliches Trauma hat der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt beschrieben. Er ist

zudem gemäss Unfallmeldung

nicht auf den Rücken gefallen, sondern vielmehr auf die linke Körperhälfte, wobei er den Unfallhergang nicht klar beschrieb.

Erst ab dem 27. September 2011 ist von einer Verletzung oder Kontusion der LWS die Rede. In Fällen wie dem vorliegenden ist auf die Aussage der ersten Stunde abzustellen, wonach bei sich widersprechenden Angaben eines Versicherten die sogenannten spontanen Aussagen der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein könnten. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er zuerst gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu (BGE 121 V 47 E. 2a).

Es ist damit – wenn überhaupt – von einem leichten Trauma der LWS auszugehen. Jedenfalls fehlt es offensichtlich am Vorliegen eines eindrücklichen Ereignisses, welches geeignet ist, auch gesunde Bandscheiben zu verletzen. Weiter begab sich der Beschwerdeführer erst zwei Tage nach dem Ereignis, am 18. September 2011, in ärztliche Behandlung und macht dort keine Rückenschmerzen geltend. Diese brachte er erst mit der Anmeldung des Falles am 27. September 2011 bei der Beschwerdegegnerin vor.

Von weiteren Abklärungen sind keine rechtserheblichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung von solchen abzusehen

ist (BGE 136 I 229 E. 5.3).

Es liegt kein Ausnahmefall im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Bandscheibenvorfällen vor. Die Beschwerdegegnerin hat die Kostenübernahme für die Operation und die Nachbehandlung der Diskushernie L4/L5 zu Recht abgelehnt.

Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Grünig
Nossa

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