

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00203

vom 9. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00203

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00203 du 9 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00203 del 9 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, war seit dem 1. September 2011 bei der Y.____ AG beschäftigt und über diese bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) versichert, als er am 27. Februar 2013 einen Auffahrunfall erlitt (Urk. 8/1, Urk. 8/9).

Die Suva stellte die von ihr bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 22. November 2013 per 30. November 2013 ein (Urk. 8/106). Die dagegen vom Versicherten am 6. Januar 2014 erhobene Einsprache (Urk. 8/114) wies sie am 18. Juli 2014 ab (Urk. 8/148 = Urk. 2).

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt 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, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.2

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 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). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. 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). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.4.1

Das Bundesgericht geht davon aus, dass nach derzeitigem medizinischen Wissensstand der Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden kann .

Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (Urteil 8C_396/2011 vom 21. September 2011 E. 3.2).

Zu im Anschluss an einen Unfall auftretenden Rückenbeschwerden bei vorbestehenden Bandscheibenveränderungen besteht folgende gefestigte Praxis:

E. 1.4.2

Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (Urteil des Bundesgerichts 8C_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.1).

E. 1.4.3

Ist eine Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_346/2008 vom 11.

November 2008 E. 3.2.2).

E. 1.4.4

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_346/2008 vom 11. November 2008 E. 3.2.3). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 10. September 2014 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. Juli 2014 (Urk. 2) und beantragte zur Hauptsache, dieser sei aufzuheben und es sei ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2a); eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Suva zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2b), subeventuell seien ihm die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 10% und eines Integritätsschadens von mindestens 5% auszurichten (S. 2 Ziff. 2c). Ferner stellte er zahlreiche prozessuale Anträge (S. 2 ff. Ziff. 3-18).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2014 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde.

Am 17. Dezember 2014 (Urk. 16) reichte die Invalidenversicherung auf Anforderung gemäss (vgl. Urk. 15) ihre Akten (Urk. 17/1-35) ein.

Am 29. April 2015 erstattete der Beschwerdeführer die Replik (Urk. 22), dies unter Beilage eines Arztgutachtens vom 10. April 2015 (Urk. 23). Am 11. Mai 2015 erstattete die Beschwerdegegnerin die Duplik (Urk. 27), was dem Beschwerdeführer am 21. Mai 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 28). Am 6. Oktober 2015 (Urk. 29) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht ein (Urk. 30).

Am 8. Februar 2016 zog der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 5 Ziff. 15) zurück (Urk. 34) und reichte weitere Akten ein (Urk. 35/10-15), zu denen die Beschwerdegegnerin am 5. April 2016 Stellung nahm (Urk. 38).

Mit Gerichtsverfügung vom 21. April 2016 (Urk. 39) wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Sistierung des Verfahrens (Urk. 1 S. 4 Ziff. 12a und 13) abgewiesen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, gemäss der - schlüssigen - Aktenbeurteilung durch die Kreisärztin sei die Lendenwirbelsäule (LWS) des Beschwerdeführers schon vor dem Unfall durch degenerative Veränderungen beeinträchtigt gewesen und das Unfallereignis habe lediglich zu einer vorübergehenden Schmerzauslösung, gefolgt von einer wieder vollen Arbeitsfähigkeit, geführt. Die später wieder aufgetretenen und exazerbierten LWS-Beschwerden seien nicht mehr auf den Unfall, sondern auf degenerative Veränderungen zurückzuführen (S. 9 f. Ziff. 4a).

Damit eine Diskushernie als unfallkausal anerkannt werde, sei ein unverzügliches vertebrales oder radikuläres Syndrom vorausgesetzt. Ein solches gehe aus keinem der aktenkundigen Berichte hervor (S. 10 Ziff. 4b).

Gemäss derzeitigem medizinischem Wissensstand könne der Status quo sine bei Verletzungen wie den hier erlittenen nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Ohne strukturelle Unfallläsionen am Achsenskelett - wie vorliegend - sei die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere, unfallfremde Faktoren zurückzuführen (S. 10 f. Ziff. 4c).

Die Beeinträchtigungen am Rücken könnten (spätestens) neun Monate nach dem Unfall, also ab Ende November 2013, nicht mehr mit dem Unfall vom 27.

Februar 2013, sondern nur noch mit dem schicksalsmässigen Verlauf degenerativer Vorschäden erklärt werden (S. 11 Ziff. 4d).

Die aufgetretene Meralgia

paraesthetica sei aus näher genannten Gründen keine Berufskrankheit (S. 11 f. Ziff. 5).

Dem Antrag auf unentgeltliche Rechtsvertretung im Einspracheverfahren könne nicht entsprochen werden, da bei einem Einkommen von Fr. 242.80 pro Tag keine Bedürftigkeit anzunehmen sei (S. 13 Ziff. 8).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er habe seit Jahren in einer rückenbelastenden Tätigkeit gearbeitet (S. 8 f.).

Die Beschwerdegegnerin hätte ein interdisziplinäres Gutachten bei einem renommierten Wirbelspezialisten veranlassen sollen; dass sie dies unterlassen habe, verletze den Untersuchungsgrundsatz (S. 13 f.).

Auf die Beurteilung durch die Kreisärztin könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 14 ff.).

Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass quasi nur ein ganz schweres Unfallereignis in der Lage sei, eine Diskushernie zu bewirken, sei falsch. Es gehe vorliegend nicht um das originäre durch einen Unfall bedingte Entstehen einer Diskushernie, sondern um die richtunggebende, allenfalls vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden Rückenschädigung, wobei nicht auf „irgendeine Erfahrungsregel von neun Monaten“ abgestellt werden könne (S. 23 f.). Es sei unbestritten, dass bei ihm am Rücken ein Vorzustand vorgelegen habe, jedoch habe er unmittelbar vor dem Unfall keine Rückenbeschwerden gehabt, die Rückenbeschwerden hätten vor dem Unfall einen gutartigen Verlauf genommen, seine Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen, die Rücken schmerzen seien sofort nach dem Unfallereignis eingetreten (S. 23 ff.). Der gegebene Vorzustand entbinde die Beschwerdegegnerin nicht von einer Beweisführung und weitergehenden Abklärung, dies zu einzeln genannten Fragen (S.

30 ff.). Vorliegend gehe es nicht um eine unmittelbar durch einen Unfall her vorgerufene Diskushernie, sondern einen aus einem degenerativen Prozess folgenden Bandscheibenschaden, weshalb die von der Beschwerdegegnerin ange rufene Rechtsprechung nicht anwendbar sei (S. 35 ff.). Da es sich vor liegend bezüglich der Kausalitätsfrage um einen Haftpflichtprozess handle, seien die prozessualen Mindeststandards gemäss Schweizerischer Zivilprozessordnung (ZPO) einzuhalten (S. 42 ff.). Beim von der Beschwerdegegnerin als Einkommen genannten Betrag von Fr. 242.80 handle es sich um Taggeld der Arbeitslosen versicherung (vgl. Urk. 3/7-8), das unregelmässig anfalle; überdies müsse er monatlich für über Fr. 1'000.-- ungedeckte Behandlungskosten selber aufkom men (S. 46 f.).

E. 2.3

Strittig ist zur Hauptsache die Unfallkausalität von im Zeitpunkt der Leistungs ein stellung noch bestehenden Rückenbeschwerden.

Unbestritten ist dabei, dass ein Vorzustand im Sinne einer schon vor dem Unfall bestehenden Schädigung der LWS vorgelegen hat.

E. 3

Am 1. Mai 2016 teilte der Beschwerdeführer auf Anfrage mit, dass er am Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (Urk. 1 S. 5 Ziff. 15) festhalte (Urk. 41).

Nachdem den Parteien mögliche Termine (1 x Juni, 3 x Juli sowie 1 x September 2016) unterbreitet worden waren, lud das Gericht am 3. Juni 2016 zur Verhandlung am 1. September 2016 vor (Urk. 42).

Am 26. August 2016 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurückziehe (Urk. 45), worauf diese abgesagt wurde (Urk. 46).

Aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 48) nahm der Beschwerdeführer am 29.

September 2016 zu den Gründen des Rückzugs des Antrags auf öffentliche Verhandlung und zu dessen allfälliger Mutwilligkeit Stellung (Urk. 50), was der Beschwerdegegnerin am 30. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

52). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 27. Februar 2013 wurde das stehende Auto des Beschwerdeführers von hinten angefahren, als er eine Lücke im Gegenverkehr abwartete, um nach links abzubiegen (Urk. 8/9 Ziff. 1).

Die Allianz als Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers übernahm den am Auto des Beschwerdeführers entstandenen Schaden im Umfang von Fr. 2'340.-- (Urk. 8/39 S. 1 Mitte).

Gemäss dem vom der Allianz eingeholten Kurzgutachten (Urk. 8/54/4-5) betrug die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung am Fahrzeug des Beschwerdeführers 8-10 km/h

(S. 1 Mitte).

E. 3.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, füllte am 9. März 2013 den Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (Urk. 8/55/2-4) aus. Als Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf nannte er unter anderem nach 3-4 Stunden aufgetretene Kopf- und Nackenschmerzen sowie Rückenschmerzen lumbal (Ziff. 4). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. Februar bis 15. März 2013 (Ziff. 9).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer gab am 2. April 2013 an, er sei wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/9 S. 2

Ziff. 8).

Dr. Z.____

führte in seinem Bericht vom 16. April 2013 (Urk. 8/12) aus, die Erstbehandlung habe am 9. März 2013 stattgefunden (Ziff. 1). Als Angaben des Patienten erwähnte er Schmerzen im Bereich der LWS, weniger der Halswirbelsäule (HWS), zusätzlich Schmerzen auch im Oberarm sowie Zuckungen im Daumen (Ziff. 2). Zum Befund hielt er unter anderem fest: Insgesamt LWS Beweglichkeit nicht eingeschränkt, kein Nachweis einer Fraktur oder von Luxationen im Röntgen (auf Zuweisung durch Dr. Z.____ am 28. Februar 2013 erstellt; vgl. Urk. 8/26/2), ausgedehnte ventrale Osteophyten C5-6, degenerativ bedingt (Ziff. 4). Als Diagnosen nannte er (Ziff. 5): - HWS-Distorsion nach Québec Task Force (QTF) Klassifikation Grad II - Kontusion LWS und Arm rechts mit Hämatom - Hyposensibilität Daumen rechts

Ab dem 28. Februar 2013 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen, ab 22. März 2013 habe der Beschwerdeführer die Arbeit wieder zu 100 % aufgenommen, wegen eines Rückfalls habe er ab dem 3. April 2013 wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben werden müssen (Ziff. 8-11).

E. 3.5

Am 18. Juli 2013 wurde der Beschwerdeführer auf den 27. Juli 2013 für ein ambulantes Assessment in die Rehaklinik eingeladen (Urk. 8/74). Er nahm den Termin nicht wahr, weil er ihn vergessen habe (Urk. 8/76).

E. 3.6

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.2) führte in seinem Bericht vom 12. August 2013 an die Allianz (Urk. 8/114/75-76) aus, er habe den Beschwerdeführer seit dem 11. Mai 2009 behandelt (S. 1 Ziff. 2). Zuerst sei die Behandlung erfolgt wegen Beschwerden am Bewegungsapparat (Iliosakralgelenk , ISG) nach einem Fahrradsturz , in der Folge wegen mehreren Infektionskrankheiten (banale Infekte). 2011/2012 sei eine schwere depressive Phase über mehr als ein Jahr gefolgt. Zwischenzeitlich sei eine Infiltration in die Lendenwirbelsäule wegen einer radi kulären Reizung im August 2010 erfolgt. Aktuell bestehe eine Meralgia paraesthetica am linken Bein (S. 1 Ziff. 3).

Die ISG-Beschwerden und die Rückenschmerzen hätten einen gutartigen Verlauf gezeigt. Einzig die Depression habe den Patienten über viele Monate belastet und habe zum Glück Anfang 2013 remittiert, so dass hier keine Behandlung mehr notwendig sei. Die banalen Infekte seien folgenlos abgeheilt (S. 1 Ziff. 5). Seit dem Unfall habe er den Patienten nur wegen der Meralgia

paraesthetica links behandelt (S. 2 Ziff. 7). Aufgrund der letzten Konsultation vom 7. August 2013 gehe er davon aus, dass die Restbeschwerden durch den Unfall abheilen würden; der Patient sei deswegen bei Dr. B.____ (nachstehend E.

3.7) in Behandlung (S. 2 Ziff. 8). 3.

E. 3.8

Die Ärzte des Spitals A.____ berichteten am 9. September 2013 bezüglich der Meralgia paraesthetica über eine in Veränderung befindliche Symptomatik und seit der letzten Infiltration am 9. Juli 2013 tendenziell abnehmenden Leidensdruck des Patienten (Urk. 8/87 /3).

E. 3.9

Ein am 30. Oktober 2013 erstelltes MRI der LWS ergab folgende Beurteilung (Urk. 8/101): - dehydrierter Diskus L3/4 und L4/5, betont auf Höhe L4/5 links, am ehesten im Rahmen einer Diskopathie mit reaktiven Modic Typ I Veränderungen - leichtgradiges Bulging Höhe L4 und L5 - Nervenwurzeln L4 und L5 links frei

E. 3.10

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.7) nannte in seinem Bericht vom 9. November 2013 (Urk. 8/100) folgende Diagnosen: - chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei - bekannten degenerativen LWS-Veränderungen - Status nach Auffahrunfall am 27. Februar 2013

Er berichtete über im Verlauf etwas variabel ausgeprägte Beschwerden mit einer erneuten Exazerbation im Oktober, weshalb er ein neues LWS-MRI veranlasst habe, das keine komprimierende Diskushernie zeige. Als aktuelle Therapie nannte er Medikamente und jetzt Aufnahme einer Physiotherapie, mit Wiederaufnahme der körperlich strengen Arbeit ab 10. November 2013. 3. 1 1

Am 20. November 2013 nahm Kreisärztin Dr. med. C.____ , Fachärztin für Chirurgie, eine Aktenbeurteilung vor (Urk. 8/103). Sie bejahte mit Hinweis auf eine 2006 aufgetretene Diskushernie eine vor dem Unfall bestehende Gesundheitsbeeinträchtigung (Ziff. 1.1). Im Erstbericht würden LWS-Beschwerden dokumentiert; der Unfall habe somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung geführt (Ziff. 1.2), dies

allerdings nur vorübergehend (Ziff. 1.3). Der Status quo ante oder sine sei spätestens am 30. Oktober 2013 erreicht gewesen, als im MRI ausschliesslich degenerative Veränderungen fest zustellen gewesen seien (Ziff. 1.4). Aufgrund der vorliegenden Bildgebung lägen keine strukturellen Verletzungen, welche auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, vor (Ziff. 2.5).

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 26. November 2013 (Urk. 8/107) führte Dr. C.____ unter anderem zusätzlich aus, sowohl die Bilder als auch der Befund des MRI vom 30. Oktober 2013 lägen vor (S. 3 unten). Die immer wieder neu auftretenden und exazerbierenden LWS-Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen und multifaktoriell bedingt und nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 27. Februar 2013 (S. 4 oben) .

E. 3.12

Am 24. Februar 2014 erstatte Kreisärztin Dr. C.____ eine Beurteilung (Urk. 8/122) in Beantwortung von ihr unterbreiteten Fragen. Sie führte aus, ihre Begründung stütze sich auf das MRI der LWS vom 30. November 2013. Dem damals berichtenden Radiologen hätten die Voruntersuchungen vorgelegen, er habe sie berücksichtigt, und über ausschliesslich degenerative Veränderungen berichtet. Auch sie könne bei Durchsicht der MRI von 2010, 2011 und 2013 keine strukturelle traumatische Verletzung erkennen , welche auf das Ereignis vom 27. Februar 2013 zurückzuführen wäre, so dass für sie die Beurteilung des Radiologen vom 30. Oktober 2013 nachvollziehbar sei und Gültigkeit habe (S. 1 Ziff. 1).

Ein Fahrradsturz vom 10. Mai 2009 sei bei ihrer Beurteilung nicht berücksichtigt. Gemäss den Unterlagen sei eine ISG-Blockierung rechts diagnostiziert worden und es sei keine Röntgenuntersuchung der LWS erfolgt, so dass man davon ausgehen müsse , der erstbehandelnde Arzt sei von einem Bagatelltrauma ausgegangen. Die MRI- Bilder von 2010 und 2011 zeigten keine strukturelle Verletzung, welche auf dieses Unfallereignis zurückzuführen wäre, so dass man von einer Prellung ausgehen könne, die in der Regel folgenlos abheile (S. 1 f. Ziff. 2).

Die dokumentierte Meralgia

paraesthetica - ein Nervenkompressionssyndrom des N. cutaneus

femoralis

lateralis - sei das dritthäufigste Engpasssyndrom, welches vor allem durch ein mechanisch bedingten Druck unter dem Leistenband / Druck- und Zügeffekte im Nervenverlauf auftrete; Hauptursache sei direkter Druck durch zu enge Kleidung, Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme, übertriebenes Krafttraining vor allem der Oberschenkel- und Bauchmuskulatur (S. 2 Ziff. 3).

E. 3.13

Am 11. März 2014 berichtete Dr. B.____ (vorstehend E. 3.7) an Dr. Z.____ (Urk.

17/30/7) und nannte folgende Diagnosen: - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei - degenerativen Veränderungen der LWS - rezidivierender Dysfunktion der Iliosakralgelenke - muskulärer Dysbalance und Insuffizienz

Er führte unter anderem aus, es falle ihm etwas schwer, die Beschwerden des Patienten jeweils zweifelsfrei zuzuordnen. Am ehesten handle es sich doch im Kern um eine

degenerative Problematik des Segments L4/5, zusätzlich wahr scheinlich auch gelegentliche Dysfunktionen der Iliosakralgelenke bei zweifellos strenger und belastender körperlicher Tätigkeit.

E. 3.14

Am 14. Mai 2014 berichtete Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, über seine Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 8/144/2-4 = Urk. 8/147/2-4 = Urk. 17/22). Er führte zusammenfassend unter anderem aus, es bestünden chronische lumbosakrale Beschwerden (S. 3 oben).

E. 3.15

Am 26. Mai 2014 erstatteten die Ärzte der Neurologischen Klinik des E.____ ein Konsilium im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/138). In ihrer Beurteilung führten sie unter anderem aus, es hätten sich anamnestische und klinische Hinweise auf eine Meralgia

paraesthetica links gefunden, welche sich am ehesten im Rahmen der Gewichtszunahme im Verlauf des letzten Jahres entwickelt habe. Sie hätten klinisch und elektrodiagnostisch keinen Hinweis auf ein radikuläres Syndrom gefunden. Die residuelle Taubheit am linken Fuss könne im Zusammenhang mit einem älteren Bandscheibenvorfall stehen. In den aktuellen MRI-Bildern der Lendenwirbelsäule zeigten sich allerdings keine Hinweise auf eine Kompression der Nervenwurzeln. Die Rückenschmerzen seien im Rahmen der degenerativen lumbospondylogenen Veränderungen einzuordnen. Zusätzlich könnte ein ISG Syndrom vorliegen; diesbezüglich empfahlen sie eine weitere rheumatologische Einordnung der lumbalen Beschwerden

(S. 3 unten).

E. 3.16

Am 10. April 2015 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ein Gutachten im Auftrag des Beschwerdeführers (Urk. 23), dies gestützt auf seine Untersuchung vom 1. April 2015 und die ihm überlassenen Akten (S. 1). Er nannte die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - lumbospondylogenes Syndrom - thorakale Hyperkyphose - Ansatztendinopathie des M. pectineus und M. iliopsoas rechts

Er führte unter anderem aus, das klinisch führende lumbospondylogene Syndrom sei gemäss den vorliegenden, zwei Jahre vor dem Unfallereignis datierenden den MRI-Bildern, bereits vorhanden gewesen. Es zeigten sich auf den Voraufnahmen bereits deutliche degenerative Veränderungen der Facettengelenke. Zum Zeitpunkt des Unfalls seien diese Veränderungen allerdings ‚klinisch stumm‘ gewesen und es hätten keine Beschwerden von Seiten des Rückens bestanden (S. 5 Mitte). Durch das Unfallereignis sei es zu einer Aktivierung des lumbospondylogenen Syndroms gekommen. Aus unfallchirurgischer Sicht lasse sich aus einzeln genannten Gründen in solchen Fällen jeweils nur schwer eine Prognose zum Verlauf erstellen; insofern fänden sich auch sogenannte protrahierte oder chronifizierte Schmerzverläufe. Die Symptomatik lasse sich durch Überlastungssituationen im Alltag durch geringe externe Reize jeweils wieder ‚aktivieren‘, so dass eine Konsolidierung der Schmerzsymptomatik des Rückens insgesamt als schwierig einzustufen sei. Erschwerend hinzu komme die Problematik eines axialen Rückenschmerzes, der als Korrelat zur bildgebend nachweisbaren erosiven

Osteochondrose L5/S1 zu werten sei (S. 5 unten).

Sodann gab der Gutachter therapeutische Empfehlungen ab (S. 6 f.).

E. 3.17

Ein MRI vom 17. September 2015 (Urk. 30) ergab folgenden Befund: Recessale Einengung L4/5 aufgrund der Spondylarthrose; Osteochondrose L4/5 mit erosi vertebralis; intraforaminale

Bandscheibenprotrusion beziehungsweise flache Diskushernie L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 intraforaminal; medialer Anulusriss L4/5; Spondylarthrose L3/4 rechtsbetont und L5/S1.

E. 3.18

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.16) führte am 21. November 2015 erneut aus, es sei von einer Aktivierung der bereits vorbestehenden Spondylarthrose durch das Unfallereignis vom 27. Februar 2013 auszugehen (Urk. 35/13 S. 2 Mitte).

E. 3.19

In einer weiteren Stellungnahme vom 24. November 2015 (Urk. 35/14) führte Dr. F.____ unter anderem aus, aus seiner Sicht handle es sich um einen sehr prolongierten Verlauf einer durch das Unfallereignis ausgelösten, aktivierten Spondylarthrose. Die nun geklagten Beschwerden seien zumindest zum Teil direkt auf das Unfallereignis zurückzuführen (S. 2 Ziff. 3). 4.

E. 4

Laut Bericht vom 22. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer am 21. Mai 2013 im Spital A.____ wegen wechselhafter Sensibilitätsstörungen am lateralen linken Oberschenkel untersucht; es wurde ein e

Meralgia

paraesthetica links diagnostiziert und eine Infiltrationsbehandlung aufgenommen (Urk. 8/61/2). Am 9. Juli 2013 erfolgte eine weitere Infiltration (Urk. 8/71).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 27. Februar 2013 als Fahrzeuglenker eine Auffahrkollision, in deren Anschluss unter anderem Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule auftraten (vorstehend E. 3.2). Am 9. März 2013, mithin zehn Tage nach dem Unfall, suchte er erstmals Dr. Z.____

auf, der unter anderem eine Kontusion der Lendenwirbelsäule diagnostizierte. Bis am 21. März 2013 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert; vom 22. März bis 2. April 2013 war der Beschwerdeführer wieder zu 100% arbeitstätig, ab 3. April 2013 dann wieder zu 100% arbeitsunfähig (vorstehend E. 3.3).

E. 4.2

Im August 2013 berichtete Dr. Z.____ über eine im Mai 2013 aufgetretene Meralgia

paraesthetica. Er gehe davon aus, dass die Restbeschwerden des Unfalls abheilen würden, der Patient sei deswegen beim

Rheumatologen Dr. B.____ in Behandlung (vorstehend E. 3.6).

E. 4.3

Dr. B.____ berichtete im September 2013 über seit dem Unfall vermehrte Kreuzschmerzen; eine ISG-Infiltration im Juli 2013 habe eine zumindest teilweise Schmerzbesserung bewirkt (vorstehend E. 3.7).

Im November 2013 nannte Dr. B.____ als Diagnose ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, dies bei bekannten degenerativen Veränderungen und bei einem Status nach Auffahrunfall am 28. Februar 2013 (vorstehend E. 3.10).

Im März 2014 nannte Dr. B.____ als Diagnose ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, rezidivierender Dysfunktion der Iliosakralgelenke sowie muskulärer Dysbalance und Insuffizienz. Er führte aus, es handle sich im Kern um eine degenerative Problematik des Segments L4/5 (vorstehend E. 3.13).

E. 4.4

Die Ärzte der Neurologischen Klinik des E.____ führten im Mai 2014 unter anderem aus, die Rückenschmerzen seien im Rahmen der degenerativen Veränderungen einzuordnen (vorstehend E. 3.15).

E. 4.5

Dr. F.____

erklärte im April 2015, das klinisch führende lumbospondylogene Syndrom sei vor dem Unfallereignis bereits vorhanden gewesen und durch dieses aktiviert worden (vorstehend E. 3.16). Zur Frage, ab welchem Zeitpunkt die Rückenbeschwerden nicht mehr durch den Unfall verursacht, sondern degenerativ bedingt seien, äusserte er sich dabei wie auch am 21. November 2015 (vorstehend E. 3.18) nicht. Erst im dritten Anlauf führte er - auf entsprechende Frage des Rechtsvertreters - am 24. November 2015 aus, seines Erachtens seien die Beschwerden zumindest zum Teil auf das Unfallereignis zurückzuführen (vorstehend E. 3.19). 4.6

Ein am 28. Februar 2013 erstelltes Röntgen der Lendenwirbelsäule hatte keine Hinweise auf Luxationen oder eine Fraktur ergeben (vorstehend E. 3.2).

Das MRI der Lendenwirbelsäule vom 30. Oktober 2013 zeigte ausgetrocknete Bandscheiben L3/4 und L4/5, leichte Vorwölbungen L4 und L5 sowie freie Nervenwurzeln L4 und L5 (vorstehend E. 3.9).

Das MRI vom 17. September 2015 sodann ergab eine rezessive Einengung, eine Osteochondrose mit erosiver Komponente, eine Diskushernie mit Kontakt zu einer Nervenwurzel und einen medialen

Anulusriss L4/5 (vorstehend E. 3.17).

5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, Ende November 2013 sei der Status quo sine oder der Status quo ante erreicht gewesen, womit ab diesem Zeitpunkt bestehende Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall verursacht gewesen seien. Dementsprechend hat sie ihre Leistungen terminiert.

Diese Annahme, neun Monate nach dem Unfall seien fortbestehende Rückenbeschwerden nicht mehr unfallkausal, wird durch die medizinischen Akten gestützt und steht im

Einklang mit der massgebenden Rechtsprechung . 5.2

Der Hausarzt sprach im August 2013, mithin gut fünf Monate nach dem Unfall, von Restbeschwerden des Unfalls , die abheilen würden (vorstehend E. 4. 3). Der behandelnde Rheumatologe nannte im November 2013 präzisierend zum diagnostizierten Lumbovertebralsyndrom einerseits bekannte degenerative Veränderungen, andererseits einen Status nach Auffahrkollision. Im März 2014 erwähnte er im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (lumbospondylogenes Syndrom) wiederum degenerative Veränderungen; den Auffahrunfall vom Februar 2013 hingegen führte er jetzt nicht mehr an. Auch führte er aus, bei den Beschwerden handle es sich im Kern um eine degenerative Problematik des Segments L4/5 (vorstehend E. 4.3).

Auch die Ärzte der Neurologischen Klinik des E.____ ordneten im Mai 2014 die Rückenschmerzen im Rahmen der degenerativen Veränderungen ein (vorstehend E. 4.4). Schliesslich bleibt zu erwähnen, dass bildgebend zu keinem Zeitpunkt eine strukturelle Veränderung ersichtlich war, die durch den Unfall hätte ausgelöst werden können (vorstehend E. 4.6). 5.3

Die vom Beschwerdeführer eingeholten Stellungnahmen von Dr. F.____ sind nicht geeignet, eine abweichende Schlussfolgerung zu begründen. In seinem Gutachten (vorstehend E. 3.16) hatte er dargelegt, der Unfall habe ein vorbestehendes , vor dem Unfall klinisch stummes lumbospondylogenes Syndrom aktiviert. Zudem hatte er ausgeführt, die Symptomatik lasse sich durch Überlastungssituationen im Alltag durch geringe externe Reize jeweils wieder aktivieren , und erschwerend komme die Problematik eines der Osteochondrose L5/S1 zuzuschreibenden axialen Rückenschmerzes zu. Wenn schon alltägliche geringe externe Reize genügen, um das vorbestehende lumbospondylogene Syndrom zu aktivieren, läuft dies der These einer weiterhin bestehenden Unfallkausalität diametral entgegen. Gleiches gilt für die Mitwirkung der Osteochondrose L5/S1, die fraglos degenerativen Ursprungs ist und im MRI vom 30. September 2013 noch gar nicht bestanden hat (vorstehend E. 3.9). Zur Frage der Unfallkausalität hat Dr. F.____ im Gutachten denn auch nicht ausdrücklich Stellung genommen, sondern eher kryptisch angeführt, es fänden sich auch protrahierte oder chronifizierte Verläufe lumbospondylogener Syndrome.

Zur genannten - vom Rechtsvertreter explizit gestellten - Frage äusserte sich Dr.

F.____ erst in seiner dritten Stellungnahme (vorstehend E. 3.19) und postulierte, die nun geklagten Beschwerden seien zumindest zum Teil eine direkte Unfallfolge. Es entbehrt nun allerdings jeglicher Plausibilität, dass bei einer vorbestehenden und (wenn auch nicht unmittelbar vor dem Unfall) zeitweise hoch akut gewesen en Rückenproblematik , die gemäss Dr. F.____ durch alltägliche geringe externe Reize aktiviert werden kann und zu welcher zwischenzeitlich eine - degenerativ bedingte - Osteochondrose erschwerend hinzukommt, Rückenbeschwerden rund 2 ½ Jahre nach einem nicht besonders schweren Auffahrunfall (vorstehend E. 3.1) noch eine direkte Unfallfolge sein sollen.

E. 7

Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte in seinem Bericht vom 3. September 2013 aus, der Beschwerdeführer habe seit dem Auffahrunfall vermehrte Kreuzschmerzen ohne Besserung trotz Medikamenten sowie chiropraktischer Behandlung und Physiotherapie. Auf seine Verordnung sei am 18. Juli 2013 eine Infiltration ins linke L5/S1-Sakralgelenk erfolgt (vgl. Urk. 8/81); bei der letzten

Kontrolle am 12.

August 2013 habe der Patient über zumindest eine teilweise Schmerzbesserung berichtet (Urk. 8/84).

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