

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00217 vom 7. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00217

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00217 du 7 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00217 del 7 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

und 2).

Die dagegen von der Versicherten am 13. September 2013 erhobene Einsprache (Urk. 9/42 = Urk. 10/104) wies sie am 25. Juli 2014 ab (Urk. 9/49 = Urk. 10/112 = Urk. 2).

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weiteren durch den Chiropraktor (lit. a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen (lit. b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (lit. c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (lit. d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (lit. e).

E. 1.2

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mithin im Zeitpunkt der vollen Wiedererlangung der Fähigkeit, im bisherigen oder in einem anderen Beruf zu mutbare Arbeit zu leisten (Art.

16 Abs. 1 und 2 UVG i.V.m. Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht wegedacht 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). 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 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. 1.4

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.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 25. Juli 2014 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 15. September 2014 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr über den 31. März 2012 hinaus Heilungskosten und Tagelder zu gewähren; eventuell sei die Sache zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Mitte Ziff. 1-2).

Die Axa beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2014 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 28. November 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, es sei auf das von ihr eingeholte Gutachten abzustellen (S. 4 f. Ziff. 2.3.2.1); demnach sei der Status quo sine je sechs Monate nach dem jeweiligen Unfallereignis erreicht gewesen (S. 5 Ziff. 2.3.3.1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das genannte Gutachten sei - aus näher dargelegten Gründen (S. 7 ff. Ziff. 2 ff.) - mangelhaft (S. 9 f. Ziff. 6 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass ab dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Zeitpunkt noch bestehende Beschwerden nicht mehr Folge des Unfalls vom Juni 2010 beziehungsweise vom September 2011 waren.

3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 17. Juli 2008 (Urk. 10/M3) betreffend die Untersuchungen vom 25. Juni und 1. Juli 2008 folgende, hier teilweise gekürzt angeführte, Diagnosen (S. 1): - chronisches posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 - posttraumatische

Migräne und Trigeminus Neuralgie links - unspezifische, wahrscheinlich zervikal bedingte Schwindel - multisegmentale degenerative Veränderungen an Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) mit im einzelnen Osteochondrosen C4-Th1, Spondylarthrosen, Anterolisthesis C4/4 in Inklination (bei Verdacht auf Instabilität), Diskushernie C5/6 sowie Diskushernie L5/S1, L4/5, L3/4 - posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom rechts mehr als links - leichte neuropsychologische Defizite - posttraumatischer Sudeck rechts mehr als links 3.2

Am 27. August 2010 wurde eine Unfallmeldung erstattet (Urk. 9/A1). Darin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich am 10. Juni 2010 auf einen Stuhl setzen wollen, der verschoben worden sei, worauf sie auf dem Steissbein gelandet sei. Betreffend Art der Verletzung wurden folgende Stichworte genannt: Schulter/Quetschung/ linke Schulter und Lendenwirbelsäule verletzt. Eine Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden. 3.3

Der behandelnde Arzt verordnete am 23. Juni, 1. September und 3. Dezember 2010 Physiotherapie (Urk. 9/M1-M3).

Am 2. September 2010 wurde die linke Schulter der Beschwerdeführerin geröntgt, dies bei Status nach Sturz und klinisch Impingement (Urk. 9/BM6/5/2). 3.4

Am 11. Oktober 2010 wurde mit der Indikation eines akuten lumboradikulären Schmerzsyndroms L5/S1 links ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks (ISG)

erstellt (Urk. 9/BM6/4 = Urk. 10/BM6/4 = Urk. 3/6b) , das folgenden Befund ergab : Auf Höhe L5/S1 zeichnet sich eine links-paramedian caudalisierte ausgedehnte Diskushernie mit Affektion und Verlagerung S1 links ab Nebenbefundlich

Osteochondrose , Spondylose Modic 2 auf Höhe L4/5 mit Zeichen der leichtgradigen Aktivität bei diskreter ossärer Aktivität der Bodenplatte L2 3. 5

Am 29. April 2011 fand in der B.____ eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung der Beschwerdeführerin statt, worüber am 25. Mai 2011 berichtet wurde (Urk. 10/M14). Es wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Hinweise für Polyneuropathie - bei subjektiver oberes Sprunggelenk- (OSG-) Instabilität links, bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen beider Füsse, Ruheschmerzen beider Füsse mit vermindertem Vibrationssinn, Differentialdiagnose (DD) im Rahmen eines Diabetes mellitus - anamnestisch Status nach Diskushernie L5/S1 links mit radikulären Schmerzen und Fussheberschwäche links 2002

Im Rahmen der Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, es lasse sich keine Polyneuropathie objektivieren. Die Beschwerden der Patientin seien wahrscheinlich multifaktoriell zu erklären (S. 2 Mitte). 4. 4.1

Am 22. September 2011 stürzte die Beschwerdeführerin laut Unfallmeldung vom 12. Oktober 2011 beim Aussteigen aus einem Bus und fiel dabei auf Steissbein und Rücken (Urk. 10/1).

Die Erstbehandlung erfolgte am 11. Oktober 2011 im C.____ , wo laut Bericht vom 24. Oktober 2011 (Urk. 10/M1; vgl. Urk. 10/M4) als vorläufige Diagnose ein akutes lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 genannt wurde (Ziff. 5) und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 11. Oktober 2011 attestiert wurde (Ziff. 8).

Im später erstatteten Gutachten wurde dazu unter den Angaben der Beschwerdeführerin ausgeführt, sie habe nach dem Sturz vom 22. September 2011 keinen Arzt aufgesucht und sei nicht arbeitsunfähig gewesen. 19 Tage später, am 11. Oktober 2011 , sei es nach einer Wassertherapie als Kursleiterin beim Aussteigen aus dem Bad unter der Dusche zu einem massiven Rückenschmerz mit Ausstrahlungen in beide Beine gekommen, so dass sie kollabiert sei; daraufhin sei sie notfallmässig ins Spital gebracht worden (Urk. 10/M28 S.

3 oben). Gemäss der Schilderung im Schadeninspektoren-Bericht vom 9. Februar 2012 kollabierte die Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2011 unter der Dusche; irgendwie sei plötzlich ein Bein zusammengesackt und sie sei auf den Boden hinunter gerutscht (Urk. 10/B25/1 S. 1 Mitte). 4.2

Am 25. Oktober 2011 berichteten die Ärzte der B.____ über eine am Vortag erfolgte neurologische und neurophysiologische Untersuchung (Urk. 10/M13) und führten unter anderem aus, bei der Patientin sei seit 2003 eine Diskushernie L5/S1 mediolateral links bekannt. Nun sei notfallmässig eine Aufnahme erfolgt, dies mit exazerbierten Schmerzen nach einem Sturz am 22. Februar (richtig: September) 2011. Als Diagnose wurde eine mässige Radikulopathie S1 links genannt.

4.3

Vom 18. Oktober bis 2. November 2011 weilte die Beschwerdeführerin stationär in der B.____ , worüber am 4. November 2011 berichtet wurde (Urk. 10/M12). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - lumboradikuläres Reizsyndrom mit

sensomotorischem Ausfall S1 links - MRI LWS: mediolaterale Diskushernie L5/S1 links mit Kompression der Nervenwurzel S1 links - EMG vom 24. Oktober 2011: mässige Radikulopathie S1 links - Verdacht auf Diabetes mellitus Typ 2 - Vitamin D-Mangel

Anamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, die Patientin sei im Hause bereits im Jahr 2003 und in darauf folgenden Jahren wegen Lumboischialgie bei vorbekannter Diskushernie L5/S1 ambulant behandelt worden. Sie berichte über seit einem Sturz auf den Rücken vom 10. Juni 2010 rezidivierend und stärker auftretende

Lumboischialgien. Am 22. September 2011 sei sie ein zweites Mal gestürzt mit seither stark zunehmender Symptomatik. 4.4

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) nannte in seinem Bericht vom 8. November 2011 (Urk. 9/M5) als Diagnose eine posttraumatische Lumbalgie bei Status nach Sturz auf das Gesäss am 10. Juni 2010, mit anhaltenden lumbo-radikulären Schmerzen links, mit sensomotorischem S1-Ausfall links und radiologisch nachgewiesener medio-linkslateraler Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Wurzel S1 (S. 1). 4.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, nannte in seinem Bericht vom 3. Januar 2012 (Urk. 9/BM6/1 = Urk. 10/BM6/1) folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 1): - akute posttraumatische Periarthropathia

humero-scapularis (PHS) ten dinotica links mit Impingement nach Kontusion der linken Schulter (Abstützreaktion bei Sturz am 10. Juni 2010) - lumboradikuläres Reizsyndrom mit sensomotorischem Ausfall S1 links - akut mit Reithosenanästhesie nach Sturz am 22. September 2011, MRI vom 11. Oktober 2011 mit grosser links paramedian nach kaudal reichender Diskushernie L5/S1 - rezidivierende Lumboischialgien links, erneut verstärkt seit Sturz am 10. Juni 2010 - Status nach radikulärer Symptomatik bei Diskushernie L5/S1 2002, leichte Fussrand- und Zehenheberschwäche links - posttraumatische OSG-Arthrose links sowie leichte laterale Bandinstabilität seit Ereignis vom 11. September 2005

Die Frage, ob im Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mitspielten, bejahte er bezogen auf das Ereignis vom 10. Juni (2010) und nannte eine vorbestehende unfallbedingte Schädigung des OSG links sowie vorbestehende Residuen radikulärer Art (Ziff. 2b). 4.6

Dr.

A.____ (vorstehend E. 3.1) berichtete am 6. Februar 2012 über seine Untersuchung vom 11. Januar 2012 und nannte folgende - hier leicht gekürzt angeführte - Diagnosen (Urk. 10/M8 S. 1): - posttraumatische Lumbalgie nach Sturz auf Rücken und Gesäss am 22. September 2011 - akute posttraumatische Kontusion der linken Schulter sowie akute Rückenschmerzen nach Sturz auf Steissbein vom 10. Juni 2010 - chronisches posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Sturz am 11. Juni 2003 - posttraumatische Migräne und Trigeminusneuralgie - posttraumatische OSG-Arthrose links; laterale Bandinstabilität seit mehreren Supinationstraumen im linken Fuss

In einem Bericht vom 11. April 2012 führte Dr. A.____

unter anderem aus, die komplexe Vorgeschichte sei nicht immer einfach zu erheben, da die Patientin in ihren Angaben oft ausschweifend sei. Zusammenfassend erwähnte er, dass eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 bereits seit 2002 bekannt sei, es aber durchaus wahrscheinlich sei, dass sie durch den Sturz vom 10. Juni 2010 eine erhebliche Verschlechterung, mit den aktuellen Beschwerden, erfahren habe (Urk. 10/M10 S. 1 unten).

4.7

Dr. med. E.____, Fachärztin für Rheumatologie, und Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurochirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 16. Juli 2012 (Urk. 10/M11) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - posttraumatische Lumboischialgie mit sensomotorischem Ausfallssyndrom S1 (L5) links - residuelle

Cauda

equina Symptomatik - Status nach Kontusion Gesäss/ linke Schulter 10. Juni 2010 und Rücken 22. September 2011 - Status nach Diskusluxat L5/S1 (MRI 11. Oktober 2011) - Status nach nicht kompressiver

Protrusion L5/S1, Luxat resorbiert (MRI 27. Juni 2012) - anamnestisch Commotio und HWS-Überdehnungstrauma 11. Juni 2003

Sie führten unter anderem aus, bei der Patientin bestehe seit dem 10. Juni 2010 eine anhaltende Lumboischialgie links mit sensomotorischem Ausfallssyndrom S1 und L5 links, dies bei grosser Diskushernie L5/S1 links mit Luxat, zumindest im MRI vom 11. Oktober 2011. Zwischenzeitlich zeige sich in der erneuten Bildgebung vom 27. Juni 2012 (vgl. Urk. 10/M22), dass das Luxat sich vollständig resorbiert habe und lediglich noch eine nicht kompressive

Diskusprotrusion L5/S1 objektiviert werden könne (S. 1). Die nach wie vor bestehenden neurologischen Defizite müssten als ein Residualzustand mit wahrscheinlich guter Prognose einer vollständigen Erholung interpretiert werden (S. 1 unten). 4.8

Gemäss Bericht vom 20. September 2012 der G.____ zeigten die mitgebrachten MRI-Bilder eine chirurgisch irrelevante kleine Hernie des restlichen Diskus paramedian rechts (Urk. 9/M11 = Urk. 10/M32). 4.9

Dr. D.____ (vorstehend E.

4.5) berichtete am 27. Dezember 2012 über eine teilweise Erholung der nach dem Sturz vom 22. September 2011 aufgetretenen massiven sensomotorischen Ausfallssymptomatik S1 links; zudem sei es zur erneuten Verschlechterung und wohl auch weiteren Verletzungen bei Distorsion in beiden Knien und im linken Fuss gekommen (Urk. 10/M27 S. 1 Ziff. 1). 4.10

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) führte in seinem Bericht vom 11. Januar 2013 (Urk. 10/M26) unter anderem aus, im MRI vom 11. Oktober 2011 habe eine grosse Diskushernie L5/S1 nachgewiesen werden können. Eine neurochirurgische Beurteilung am 7. Juni 2012 habe dann eine Resorption des linksseitigen Luxats gezeigt; unverändert sei jedoch die rechts mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zu den Wurzeln S1 rechts und links. Dies erkläre ausreichend, dass trotz der Rückbildung noch immer ausgeprägte Lumbalgien bestünden (S. 3 unten). 5. 5.1

Am 8. Februar 2013 erstattete Dr. med. H.____, Facharzt für Neurochirurgie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/M7 = Urk. 10/M28). Darin nannte er folgende Diagnosen (S. 8 Ziff. 5, S. 13 Ziff. 4. 2): - chronifiziertes, belastungsabhängiges Lumbovertebralsyndrom bei Diskopathien L5/S1 und L4/5 - Status nach rezidivierendem lumboradikulärem Schmerz - und sensomotorischem Ausfallssyndrom S1 links bei Diskushernie L5/S1 links mit residuellen sensiblen Ausfällen in S1, weniger in L5, und residueller leichter Plantarflexionsparese des linken Fusses -

Muskelkrämpfe im linken Bein unklarer Genese - Urge -Inkontinenz der Blase (= hyperaktive Reizblase) - psychosomatische Komponente

In seiner Beurteilung führte Dr. H.____ unter anderem aus, die Patientin leide seit 1996 an belastungsabhängigen Kreuzschmerzen bei Diskopathien L4/5 und L5/S1, die 2002 bei Kreuzschmerzen nach einem Stolpersturz festgestellt worden seien. In den Jahren 2003 und 2005 sei es nach einem Stolpersturz zu erneuten Kreuzbeschwerden gekommen (S. 8).

Vom Sturz beim Unfall am 10. Juni 2010 habe sich die Patientin sehr rasch und weitgehend erholt, sie sei auch nicht arbeitsunfähig gewesen. Bis zum folgenden Sturzereignis sei sie praktisch beschwerdefrei gewesen. Daraus könne geschlossen werden, dass durch diesen Unfall keine dauerhafte Schädigung entstanden sei (S. 8 unten).

Beim zweiten Unfall vom 22. September 2011 habe es sich ebenfalls um ein Sturzereignis aus Stehhöhe gehandelt. Erfahrungsgemäss stelle ein Sturz aus Stehhöhe prinzipiell eine eher geringgradige Traumatisierung der Wirbelsäule dar. Die Patientin habe auch keinen Arzt aufgesucht und sei arbeitsfähig geblieben. Erst 19 Tage später sei es unter der Dusche zu einem perakuten Rückenschmerz mit Ausstrahlung in die Beine mit Lähmungserscheinungen gekommen, so dass die Patientin kollabiert sei; dabei handle es sich um einen typischen natürlichen Verlauf einer vorbestehenden Diskushernie ohne Trauma (S. 8 f.).

Zur Unfallkausalität führte Dr. H.____ aus, es sei unbestritten, dass die Diskopathien L4/5 und L5/S1 nicht traumatischer Natur seien; Diskopathien inklusive Diskushernien entstünden stets auf degenerativer Basis. Hingegen sei es jeweils infolge von Stolperstürzen zu Verschlechterungen des Beschwerdebildes gekommen, mit der Zeit auch zu lumboradikulären Schmerzausstrahlungen und sensomotorischen Ausfallerscheinungen im linken Bein (S. 10 Mitte).

Bei den Sturzereignissen handle es sich um eher geringgradige Traumatisierungen der Wirbelsäule. Solche Kontusionen/ Distorsionen heilten erfahrungsgemäss in einem zeitlichen Rahmen von ein bis zwei Monaten ab. Bei der Beschwerdeführerin müsse nun berücksichtigt werden, dass die Traumatisierungen eine krankhaft geschädigte Wirbelsäule getroffen hätten, was sich auf die Heilungszeit auswirken könne; diese verzögere (verlängere) sich erfahrungsgemäss bis zu sechs Monaten. Dann sei ein Status quo ante/sine als erreicht anzunehmen. Das treffe bei der Patientin recht klar zu, indem sie eindeutig schildere, wie sie sich jeweils nach den Sturzereignissen, bis zum folgenden Sturz, sehr gut erholte (S. 10).

Bei der gutachterlichen Untersuchung - am 18. Januar 2013 (vgl. S. 1) - hätten Rückenschmerzen im Hintergrund gestanden. Eine richtunggebende Verschlechterung durch die Sturzereignisse sei deshalb ausgeschlossen, die Traumatisierungen seien dafür zu gering gewesen. Ausser dem fehlenden Achillessehnenreflex (ASR) und einer möglicherweise leicht verstärkten Sensibilitätsstörung im Dermatome S1 seien keine erheblichen, traumatisch bedingten strukturellen Läsionen entstanden (S. 10 unten).

Es handle sich somit bei beiden Unfällen um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Grundleidens mit schicksalsmässigem Verlauf, wobei der Status quo ante/sine jeweils sechs Monate später als erreicht angenommen werden müsse (S. 11 oben). 5.2

Am 2. März 2013 äusserte sich Dr. H.____ - auf Anfrage der Beschwerdeführerin (Urk. 10/A64) - ergänzend zur Frage der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/M8 =

Urk. 10/M29) . 5.3

In seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2013 (Urk. 10/M33) setzte sich Dr. H. ___ mit zahlreichen von der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachten erhobenen Einwänden auseinander (S. 2 ff.) und führte aus, die Einwände führten zu keinen veränderten Schlussfolgerungen (S. 7 Mitte Ziff. 1). Er führte unter anderem ferner aus, aktuell bestehende Blasenprobleme seien mit Sicherheit nicht neurogener Natur; ein Cauda equina-Syndrom sei nie objektiviert worden und würde nicht im Zusammenhang mit den Unfällen stehen (S. 8 Ziff. 4). Schliesslich wies er darauf hin, dass für die von der (Rechtsvertreterin der) Beschwerdeführerin behaupteten Unfallkausalität nichts vorgebracht werde ausser dem auf den subjektiven Angaben der Patientin beruhenden zeitlichen Zusammenhang, dies in Unkenntnis der Unterschiede zwischen neurogenen und tendomyotischen Beschwerden und der nicht objektivierten und auch gynäkologisch ausgeschlossen neurogenen Blasenstörung (S. 8 Ziff. 5). 5.4

Am 21. Juni 2013 erstatteten die I. ___ ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 3/5 /1). Es wurden folgende (Haupt-)Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 29 f. Ziff. 6.1): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie beidseits - Polyarthrose - posteriore OSG-Arthrose, Sehnenaffektion und laterale Bandinstabilität OSG links bei Status nach multiplen Distorsionstraumata OSG links (1998, 2001, 2003, 2005 und 2012) - Trigemineuralgie links - episodische Migräne mit Aura

Berufsanamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe ab 2002 ihr Pensum als Physiotherapeutin freiwillig auf 60 % reduziert, dies wegen zunehmender lumbaler Rückenschmerzen; damals sei erstmals eine Diskushernie L5/S1 festgestellt worden (S. 31 Mitte). Im orthopädischen Fachgutachten (Urk. 3/5/4) wurde unter anderem ausgeführt, Beschwerden im Bereich der Daumen und der Finger und Beschwerden im Bereich des Knies schränkten die Arbeitsfähigkeit ein, ebenso erlaubten Beschwerden im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Arthrose und lateraler Instabilität der Beschwerdeführerin kein problemfreies Gehen auf Treppen, Leitern und unebenem Gelände (Instabilität) und führten aufgrund der Arthrose zu einer verminderten Gehstrecke (S. 17 unten).

Somit sei die Beschwerdeführerin für schwere, mittelschwere körperliche Arbeiten mit einer Belastung von über 10 kg, Gehen auf unebenem Gelände, Leitern - und Treppen steigen zu 100 % arbeitsunfähig. In ihrem angestammten Beruf als Physiotherapeutin sei sie zum heutigen Zeitpunkt zu 50 % arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich mit der nachvollziehbaren Notwendigkeit von verlängerten Ruhephasen zur Vermeidung der Exazerbation vor allem der Wirbelsäulen- und Handbeschwerden (S. 18 oben). 5.5

Dr. D. ___

(vorstehend E. 4.5) führte in einer Stellungnahme vom 20. August 2013 (Urk. 9/M12 = Urk. 10/M34) aus, der Entscheid zur Leistungseinstellung sei seines Erachtens falsch. Der Sturz vom 22. September 2011 habe zu einer massiven Cauda

equina-Symptomatik geführt. Hierzu gehöre ein persistierender radikulärer Ausfall im Bereich der Nervenwurzel S1 sowie und insbesondere die weiterhin bestehende Schmerzsymptomatik und die verbliebene Urininkontinenz . 5.6

Am 22. Juli 2014 nahm Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, zu den ihm unterbreiteten Akten Stellung (Urk. 10/M36). Er führte unter anderem aus, das Ereignis vom 30. Juni 2010 habe kurzfristig zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines schweren Vorzustandes geführt; es sei von einer Abheilungsdauer von zirka drei Monaten auszugehen (S. 1 Ziff. 2). Auch bezüglich des Ereignisses vom 22. September 2011 sei davon auszugehen, dass es zu einer Aktivierung und damit zu einer temporären Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei (S. 1 Ziff. 1). Eine frische strukturelle Schädigung, die in Zusammenhang mit dem Sturzereignis vom 22. September 2011 gestellt werden könnte, habe nicht objektiviert werden können (S. 2 oben).

Er stimmte der Beurteilung durch Dr. H.____ zu, wonach der Ablauf des Ereignisses vom 11. Oktober 2011 mit plötzlich einschliessendem Schmerz und nachfolgender Beinschwäche einem typischen natürlichen Verlauf eines vorüberstehenden Bandscheibenvorfalles entspreche (S. 2 Ziff. 3).

Weiterbestehende sensomotorische Ausfälle seien nachvollziehbar, da es bereits in früheren Jahren offensichtlich zu Wurzelkompressionen gekommen sei, wo bei solche recht häufig dauernde Ausfallerscheinungen zur Folge hätten (S. 2 Ziff. 4).

Es sei ganz klar festzuhalten, dass ein Cauda

equina-Syndrom nie nachgewiesen worden sei. Die Versicherte habe schon 1998 über Miktionsbeschwerden berichtet. Die jetzt angeführten Miktionsprobleme entsprächen ganz klar einer Urge-Problematik und nicht einer neurogenen Blasenstörung; dies habe sowohl gynäkologisch als auch neurologisch nachgewiesen werden können (S. 3 Ziff. 7). 6.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ; BGE 137 V 199 E.

2.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2014 vom 2.

Dezember 2014 E.

3), mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG).

E. 6.1

Aufgrund der Akten steht fest, dass im Zeitpunkt des ersten der hier zu beurteilenden Stolperstürze (Juni 2010) bezüglich der Lendenwirbelsäule ein Vorzustand vorhanden war, dies in Form von multisegmentalen degenerativen Veränderungen (vorstehend E. 3.1), insbesondere einer seit 2002 oder 2003 bekannten Diskushernie L5/S1 (vorstehend E. 4.2, 4.3 und 4.6).

E. 6.2

Der Stolpersturz vom 10. Juni 2010 wurde am 27. August 2010 gemeldet und führte nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.2). Eine erste ärztliche Physiotherapie-Verordnung datiert vom 23. Juni 2010, mithin fast zwei Wochen nach dem Ereignis, im September 2010 wurde die linke Schulter bildgebend untersucht (vorstehend E. 3.3). Am 11. Oktober 2010 - mithin vier Monate nach dem Ereignis - wurde sodann ein akutes lumboradikuläres

Schmerz syndrom L5/S1 links bildgebend abgeklärt (vorstehend E. 3.4). Im Bericht über eine im April 2011 erfolgte neurologische Abklärung wurde bezüglich LWS bei den Diagnosen lediglich anamnestisch ein Status nach Diskushernie L5/S1 links 2002 aufgeführt (vorstehend E. 3.5).

E. 6.3

Der zweite Stolpersturz am 22. September 2011 wurde am 12. Oktober 2011 gemeldet und die Erstbehandlung

fand am 11. Oktober 2011 statt, also 18 Tage nach dem Ereignis. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde ebenfalls ab diesem Datum attestiert (vorstehend E. 4.1). Im Bericht vom 25. Oktober 2011 über die neurologische Untersuchung wurde wiederum eine seit 2003 bekannte Diskushernie L5/S1 erwähnt (vorstehend E. 4.2), im Bericht vom 4. November 2011 über die rund zweiwöchige stationäre Behandlung sodann eine bildgebend nachgewiesene mediolaterale Diskushernie L5/S1 links mit Kompression der Nervenwurzel S1 (vorstehend E. 4.3).

Laut rheumatologischer und neurochirurgischer Beurteilung konnte im Juni 2012 - anstelle der im Oktober 2011 vorhandenen grossen Diskushernie links mit Luxation - lediglich noch eine nicht kompressive

Diskusprotrusion L5/S1 objektiviert werden (vorstehend E. 4.7). Auch im September 2012 war von einer chirurgisch irrelevanten kleinen Hernie (des restlichen Diskus paramedian rechts) die Rede (vorstehend E. 4.8).

E. 6.4

Die Ausführungen des Gutachters Dr. H.____ (vorstehend E. 5.1) sind vor dem Hintergrund der vorstehend zusammengefassten Fakten absolut plausibel und nachvollziehbar. Insbesondere hat er zu Recht darauf hingewiesen, dass beide Sturzereignisse nur leichte Beeinträchtigungen der Wirbelsäule haben verursachen können, und dass in beiden Fällen initial keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass beim Sturz vom 10. Juni 2010 lediglich die zwei Wochen später verordnete Physiotherapie auf eine allfällige Wirbelsäulenproblematik hindeutet, während sich die Bildgebung auf die linke Schulter bezog. Im Anschluss an den Sturz vom 22. September 2011 kam es weder zu einer Arbeitsunfähigkeit noch zu Arztkonsultationen. Erst das Folgeereignis am 11. Oktober 2011 löste einen massiven Rückenschmerz mit Ausstrahlung in beide Beine aus und führte zur notfallmässigen Hospitalisierung (vorstehend E. 5.1). Dass dieses Ereignis infolge Fehlens eines ungewöhnlichen äusseren Faktors den Unfallbegriff nicht erfüllt, ist offensichtlich; etwas anderes wurde denn auch nicht behauptet.

E. 6.5

Die Schlussfolgerungen des Gutachters stehen auch im Einklang mit der massgebenden Rechtsprechung, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, 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 (RKUV

2000 Nr.

U

379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf medizinische Literatur; auch Urteile des Bundesgerichts

8C_346/2008 vom 1 1. November 2008 E. 3.2.1, 8C_344/2008 vom 1 3. Oktober 2008, 8C_637/2007 vom 1 1. August 2008, E.

2.2, 8C_239/2007 vom 7. August 2008, E. 5.3, und 8C_614/2007 vom 1 0. Juli 2008, E. 4.1.1).

Dass die hier zur Diskussion stehenden Diskushernien durch die beiden Unfälle verursacht worden wären, ist somit - weder waren die Unfallereignisse von besonderer Schwere noch trat sofort eine Arbeitsunfähigkeit auf - begrifflich ausgeschlossen.

E. 6.6

Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die beiden Ereignisse im äussersten Fall geeignet gewesen sein könnten, die ohnehin infolge des Vorzustandes latente und seit 2002 gelegentlich auch akute Rückenproblematik vorübergehend zu verschlimmern.

Ist die 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. 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 Bundesgericht U 354/04 vom 1 1. April 2005 E. 2.2, mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; auch Urteile 8C_1009/2009 vom 4. Mai 2010 E. 3.1.1, 8C_523/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 2.2, 8C_346/2008 vom 1 1. November 2008 E. 3.2 und 8C_412/2008 vom 3. November 2008 E. 5.1).

E. 6.7

Zu einer richtunggebenden Verschlimmerung ist es nicht gekommen; die Bildgebung von 2012 ergab im Gegenteil, dass sich die 2011 festgestellte Diskushernie deutlich zurückgebildet hatte und lediglich noch eine Diskusprotrusion objektivierbar war.

Soweit das erst im Oktober 2010 diagnostizierte lumboradikuläre Syndrom (vorstehend E. 3.4) überhaupt ursächlich dem Sturz im Juni 2010 zugeschrieben werden kann (und nicht dem unbestrittenen vorhandenen Vorzustand), ist es im Lichte der Rechtsprechung (vorstehend E. 6.6) und angesichts dessen, dass zwischen Oktober 2010 und April 2011 keine Behandlung dokumentiert ist und dass im April 2011 nur mehr anamnestisch eine Diskushernie 2002 erwähnt wurde (vorstehend E. 3.5), nicht zu beanstanden, dass der Gutachter Dr. H. ___ und ihm folgend die Beschwerdeführerin den Status quo sine als Ende 2010 erreicht angenommen haben.

Ob das im Oktober 2011 aufgetretene lumboradikuläre Syndrom ursächlich auf den Sturz vom 2 2. September 2011 zurückgeführt werden kann, erscheint - wie dargelegt - als ausgesprochen fraglich (vorstehend E. 6.4). Umso mehr erweist es sich als gerechtfertigt,

für die Abgrenzung zwischen Vorzustand und Unfallfolgen die Erfahrungswerte bezüglich Erreichen des Status quo sine einzusetzen, von denen die Rechtsprechung ausgeht (vorstehend E. 6. 6) und auf die sich auch der Gutachter Dr. H.____ bezogen hat (vorstehend E. 5.1). Damit ist vom Erreichen des Status quo sine Ende März 2012 auszugehen.

E. 6.8

Die Beschwerde enthält, soweit ersichtlich, keinerlei Auseinandersetzung mit diesen - im Gutachten sorgfältig erörterten - elementaren und fallentscheidenden Zusammenhängen, mithin auch keine diesbezüglichen Einwände, auf welche hier eingegangen werden könnte oder müsste .

E. 6.9

Die von Dr. D.____ ins Feld geführte Cauda equina -Problematik (vorstehend E. 5.5)

wurde schon in der rheumatologischen und neurochirurgischen Beurteilung vom Juli 2012 lediglich als residuell erwähnt (vorstehend E. 4.7); im I.____ -Gutachten vom Juni 2013 - das gemäss Beschwerdeführerin zu Unrecht nicht berücksichtigt worden sei (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3) - wurde gar keine solche Problematik erwähnt (vorstehend E. 5.4). Im Übrigen hat der Gutachter Dr. H.____ zu den medizinischen Fragen der genannten Problematik und ihrer fraglichen Unfallkausalität Stellung genommen (vorstehend E. 5.3), worauf zu verweisen ist.

Gleiches gilt für eine Blasenproblematik, die weder von den behandelnden Dr. D.____ (vorstehend E. 4.5) und Dr. A.____ (vorstehend E. 4.6) noch in der Beurteilung vom Juli 2012 (vorstehend E. 4.7) noch im I.____ -Gutachten von 2013 (vorstehend E. 5.4) je erwähnt wurde. 7.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.5) erfüllende Gutachten von Dr. H.____ zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Status quo sine bezogen auf den Unfall vom Juni 2010 spätestens Ende 2010 und bezogen auf den Unfall vom September 2011 spätestens Ende März 2012 erreicht war , und dass ab diesem Zeitpunkt anhaltende Beschwerden dem ausgewiesenen Vorzustand oder anderen unfallfremden Ursachen zuzuschreiben waren.

Dementsprechend hat sie ihre Leistungspflicht ab dem genannten Zeitpunkt zu Recht verneint und der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtens.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.____ - AXA Versicherungen AG - 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 dem 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 1. März 2014 E. 2.3.2).

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