

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00039 vom 28. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00039

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00039 du 28 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00039 del 28 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1985, war seit dem 1. Mai

2013 bei der Y.____ AG als Autoverkäufer tätig und damit bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Zürich) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 12. August 2015

beim Verschieben eines Kühlschranks verletzte (Bagatell unfallmeldung, Urk. 8 /Z1).

Nach getätigten Abklärungen verneint die Zürich mit Verfügung vom 15. August 201

E. 1.1

Am 1.

Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 12. August 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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). 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). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweibelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine vel ante die Unfallversicherung (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; Urteil des Bundesgerichts 8C_570/2014 vom 9. März 2015 E. 6.2). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E.

3b S. 264).

E. 1.4

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

E. 1.5

Praxismässig stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, den medizinischen Echtzeitakten seien keine Rückenschmerzen zu entnehmen. Der Beschwerdeführer habe gegenüber Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates,

A.____ Privatklinik, am 24. August 2015 und somit 12 Tage nach dem Unfallereignis von Beschwerden seit einem Monat gesprochen. Das Unfallereignis sei erst neun Monate später am 24. Mai 2016 als Verletzungstrauma erwähnt. Später spreche Dr. Z.____ dann neu von einem Sturz. Ein Sturzereignis sei in den medizinischen Echtzeitakten explizit verneint und in der Bagatellunfallmeldung auch nicht erwähnt. Es sei somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass ein Sturzereignis stattgefunden habe. Ebenso

wenig sei der Zeitpunkt des Beschwerdeauftritts der Rückenschmerzen nach dem Unfallereignis erstellt. Die Ausführungen von Dr. Z.____ seien nicht nachvollziehbar, und seine Kausalitätsbegründung werde durch die medizinische Beurteilung von PD Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, entkräftet (S. 4 lit. c). Dementsprechend sei ein Zusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und dem Unfallereignis vom 12. August 2015 nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 4 f. lit. d). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, er habe in den Dokumenten und Arztberichten, auf welche sich die Beschwerdegegnerin berufe, diverse falsche und fehlende Informationen entdeckt. Er habe diese Dokumente erstmals während der Auseinandersetzung mit der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis erhalten (S. 3 Ziff. 12, S. 4 Ziff. 13). Tatsächlich habe er bei der am 12. August 2015 erfolgten Behandlung gesagt, dass er gestürzt sei, er aber betreffend seinen Rücken Dr. Z.____ aufsuchen werde. Dass er auf den Rücken gefallen sei, gehe aus der Bagatellunfallmeldung hervor, wo eine Stauung der Wirbelsäule vermerkt sei. Auch sei die Krankengeschichte der Klinik A.____ von Dr. Z.____ falsch. Er habe am 24. August 2015 über Beschwerden im Rücken seit rund einer Woche geklagt und nicht seit einem Monat (S. 4 Ziff. 13.1-2). Er habe nicht einen Kühlschrank verschoben, sondern diesen die Treppe hinauftransportiert. Die Bagatellunfallmeldung sei nicht korrekt (S. 5 Ziff. 15). Demnach gelte als Zwischenfazit, dass auch die unfallnahen Akten belegen würden, dass er gestürzt sei und sich Rückenbeschwerden eingestellt hätten (S. 6 Ziff. 24). Auf die Einschätzung durch PD Dr. B.____ könne nicht abgestellt werden, so habe er den Bericht von Dr. Z.____ vom 22. Juni 2016 nicht gekannt,

und seine Ausführungen seien vage und widersprüchlich. Viel mehr sei auf die Einschätzung durch

Dr. Z.____ abzustellen

(S. 7 f.

Ziff. 26, Ziff. 28-32). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin aus, es spiele keine Rolle, ob der Versicherte die betreffenden medizinischen Akten kenne. Ein Sturz werde auch in der Bagatellunfallmeldung nicht erwähnt. Dr. Z.____ habe zeitnah nichts von einem Unfallereignis erwähnt, und auch die von ihm ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse hätten ausdrücklich auf Krankheit gelautet. Die gesamten Umstände liessen nicht darauf schliessen, dass die erste Krankengeschichteintragung irrtümlich erfolgt sei. Die Erklärungsversuche seien nicht überzeugend (S. 2 ad Ziff. 13). PD Dr. B.____ hätten sämtliche Akten vorgelegen (S. 3 ad Ziff. 25-29 und ad Ziff. 30-35). 2.4

In seiner Replik (Urk. 17) machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die

Stellungnahme von Dr. Z.____

vom 24. April 2017 (vgl. Urk. 18/1) geltend, daraus gehe hervor, dass der Sturz und die damit zusammenhängenden Rückenschmerzen als unfallnah befunden worden seien. Auch sei in nachvollziehbarer Weise dargelegt worden, weshalb in der Krankengeschichte hier nicht von Anfang an der Sturz und die daraus resultierenden Beschwerden erwähnt worden seien (S. 1 Ziff. 1-2). Auch habe Dr. Z.____ den vermeintlichen Widerspruch bei den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 29. Februar und vom 4. April 2014, worin als Ursache „Unfall“ durchgestrichen worden sei, erklärt (S.

2 oben). Abschliessen dies sei festzuhalten, dass es sich bei seinen Beschwerden um eine unfallversursachte Symptomatik handle, welche keinen degenerativen Ursprung habe (S. 2 Ziff. 3).

Zudem seien mit dem Versicherungsberater zahlreiche Telefonate geführt worden, worin das Sturzereignis erwähnt worden sei (S. 2 Ziff. 4). Es werde daher beantragt, dass die Beschwerdegegnerin sämtliche Emailkorrespondenz und Telefonnotizen mit und von ihm seit dem Unfall vom 12. August 2015 bis heute editiere, um diesen Sachverhalt weiter belegen zu können (S. 2 Ziff. 5). 2.5

In ihrer Duplik (Urk. 21) machte die Beschwerdegegnerin geltend, die Ausführungen von Dr. Z.____ seien weder nachvollziehbar noch überzeugend begründet. Einzig die gesundheitliche Schädigung deshalb auf den Unfall zurückzuführen, weil diese nachher aufgetreten sei, genüge nicht (S. 2 f. ad Ziff. 1-3). 2.6

Strittig und zu prüfen ist, ob die geklagten Rückenbeschwerden in rechtsgenügender Zusammenhäng mit dem Unfallereignis vom 12. August 2015 stehen. 3. 3.1

Die erstbehandelnden Ärzte des Stadtspitals

C.____ nannten in ihrem Bericht über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 12. August 2015 (Urk. 8/ZM2) als Diagnose eine Rissquetschwunde am linken Unterarm. Es sei eine Selbstzuweisung des Patienten via Sanität erfolgt. Der Patient habe berichtet, er habe heute im Rahmen eines Umzuges einen Kühlschrank die Treppe hinaufgestossen. Dabei habe sich wohl die Kante des Kühlschranks in seinen linken Unterarm gebohrt. Schmerzen habe er dabei keine verspürt, gemerkt habe er die Verletzung daran, dass sich eine kleine Blutlache am Boden gebildet habe. An seine letzte Tetanusimpfung könne er sich nicht erinnern. Der Beschwerdeführer habe über etwas Schwindel und Kopfschmerzen berichtet. Ein Sturz oder Kopfanprall habe jedoch nicht stattgefunden. Als Voroperationen nannten die Ärzte diverse Bandscheibenoperationen. Eine Wundversorgung mit vier Rückstichnähten sei erfolgt, und es bestehe vom 12. bis 13. August 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1). 3.2

Der Bagatellunfall-Meldung vom 19. August 2015 (Urk. 8/Z1) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 12. August 2015 beim Verschieben eines Kühlschranks den Arm „aufgerissen“ habe (Ziff. 4 und Ziff. 6). Als von der Verletzung betroffene Körperteile respektive Art der Schädigung wird ein Riss am linken Unterarm und eine Stauchung der Wirbelsäule am Rücken (beidseits) genannt (Ziff. 9).

3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 24. August 2015 (Urk. 8/ZM4) nach gleichentags durchgeführtem MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) aus,

bei einem Status nach Fusion L5/S1, Dekompression L4/L5 und anlagebedingt engem Spinalkanal L3-S1 sowie einem permanenten lumbovertebralen Syndrom habe sich die Frage nach dem Status epifusionell gestellt.

Im MRI habe sich ein normales Alignment der LWS gezeigt sowie eine leichte relative spinale Enge L4/5, bei ansonsten normal weitem Spinalkanal. Im Os

ilium rechts zeige sich eine mitabgebildete Defektzone bei Status nach Spondylosaentnahme. L1/2 und L2/3 seien unauffällig gewesen. Bei L3/4 hätten eine leichte Chondrose und eine leichte zirkuläre Diskusprotrusion sowie ein

Anulus

fibrosus-Riss links neuroforaminal mit Tangierung und mit möglicher Irritation der austretenden Nervenwurzel L3 links bestanden. Der Spinalkanal sei normal weit.

Bei L4/5 finde sich eine mässige Chondrose und eine mässige zirkuläre Diskusprotrusion sowie eine leichte relative spinale Enge. Eingeengt seien insbesondere die Recessus laterales beidseits mit Tangierung und möglicher Irritation der absteigenden Nervenwurzeln L5 beidseits. Es bestünden starke Spondylarthrosen mit Gelenkserguss.

L5/S1 zeige einen postoperativen Status nach Fusion. Es bestünden Suszeptibilitätsartefakte im Zwischenraum, offenbar bei Cage's, keine Diskushernie und kein Anhalt für eine signifikante neurale Tangierung. Der Spinalkanal sei normal weit. 3.4

Dr. med. E. ____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 13. Februar 2016 (Urk. 8/ZM5) nach gleichentags durchgeführtem MRI der LWS aus, bei einem Status nach Fusion L5/S1 im Jahr 2005 bestehe nun ein Verdacht auf eine Diskushernie L4/5 rechts. Der Spinalkanal sei anlagebedingt eng L3-S1. Es stelle sich die Frage nach einer Diskushernie oder einem Ganglion.

Dr. E. ____, führte in seiner Beurteilung aus, im Verlauf zur Voruntersuchung vom 24. August 2015 zeige sich aktuell eine links mediolateral betonte Bandscheibenprotrusion in der Höhe von Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 mit spinaler und recessaler Enge. Dadurch bedingt möglich sei eine Kompression der Wurzel L5 beidseits. Es bestünden weiterhin eine Steilstellung der LWS mit konstitutionell bedingt engem Spinalkanal zwischen LWK 3-5 sowie postoperative Veränderungen lumbosakral ohne Neurokompression. Ansonsten bestehe keine weitere Neurokompression lumbal. 3.5

Dr. med.

F. ____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 13. Mai 2016 (Urk. 8/ZM6) nach gleichentags durchgeführtem Röntgen der LWS in seiner Beurteilung aus, es zeige sich ein Status nach interkorporeller

Spondylodese auf Ebene L4/5 und L5/S1. Der Cage befinde sich richtig im Bereich der Zwischenwirbelräume ohne Dislokation derselben nach ventral oder dorsal. Es bestehe ein Status nach Spondylodese auf Ebene L4/5. Das Spondylodese material befinde sich in situ, und es zeige sich eine normale Knochenstruktur. Indikation für das Röntgen sei eine Stellungskontrolle bei Status nach Operation gewesen. 3.6

Dr. Z. ____, nannte in seinem Operationsbericht vom 10. Mai 2016 (Urk. 8/ZM7) als Diagnose eine zentrale Diskushernie beidseitig mit massiver Zentralkanalstenose epifusionell L4/5 bei Status nach PLIF L5/S1 im September 2006 und

Osteosynthesematerial-Entfernung im Juni 2007 und Verschluss eines zusätzlichen Lecks mit TachoSil. Dr. Z.____ führte zur Operation vom 10. Mai 2016 aus, es sei eine transpedunkuläre und interkorporelle Fusion (PLIF L4/5), eine Diskotomie beidseits L4/5 sowie eine Dekompression L4/5 durchgeführt worden (S. 1 Mitte). 3.7

Dr. Z.____ nannte in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 (Urk. 8/ZM10) als Diagnose ein Verletzungstrauma mit entsprechendem Gelenkerguss, möglicherweise aber auch leichter Einblutung interspinös L4/5 (S. 2 Ziff. 5). Zur Anamnese führte Dr. Z.____ aus, der Beschwerdeführer habe am 12. August 2015 beim Transport eines Kühlschranks ein Verletzungstrauma erlitten mit initial sofortigen Armschmerzen, danach, zwei Tage später, auch mit zunehmenden Rückenbeschwerden bei Status nach vierfachen Voroperationen in den Jahren 2006, 2007 und 2008 (S. 1 Ziff. 3 lit. a). Seit dem 7. April 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 8).

Der Patient sei voroperiert gewesen und regelmässig einmal zur Jahreskontrolle erschienen (S. 1 Ziff. 3 lit. b). Gemäss Angaben des Patienten sei es nach dem Verletzungstrauma zu einer massiven Verschlechterung der Beschwerden gekommen. Die Voroperationen hätten zu einer massiv verminderten Belastbarkeit der unteren LWS geführt, bei zusätzlich anlagebedingt engem Spinalkanal familiärer Genese (S. 1 Ziff. 3 lit. d-f).

Das MRI vom 24. August 2015 habe einen ziemlich ausgeprägten Gelenkerguss auf Höhe L4/5, eine Diskusprotrusion sowie interspinöse Flüssigkeit gezeigt sowie auf Höhe L4/5 möglicherweise eine kleine Einblutung (S. 2 Ziff. 4). 3.8

Dr. Z.____ führte in seinem Bericht vom 22. Juni 2016 (Urk. 8/ZM11) zur Frage, ob die Rückenbeschwerden des Versicherten in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. August 2015 (Kühlschrank auf die Seite verschoben) stünden (vgl. Urk. 8/ZM9) aus, diese Frage sei eigentlich nur aus dem Krankheitsverlauf zu beantworten. Daraus ergebe sich, dass der Patient nur einmal jährlich zur Kontrolle bei ihnen gewesen sei, zwar immer wieder über etwas Rückenbeschwerden geklagt habe, es ihm aber seit diesem Unfallereignis so schlecht gegangen sei, dass eine Operation habe geplant werden müssen.

Dr. Z.____ führte aus, sie hätten mit der Spitaldirektion wegen allgemeinverschlechterten Patienten grosse Differenzen seit 2013 gehabt, so dass sich diese Operation verzögert habe. Prinzipiell hätte er den Patienten früher operiert. Es sei einfach nicht gegangen und der Beschwerdeführer habe von niemand anderem operiert werden wollen.

Der Kausalzusammenhang sei rein aus der Geschichte mit dem Sturz, den sofort auftretenden Beschwerden und auch dem Besuch bei ihnen nach dem Sturz,

eindeutig richtungsweisend und auch von den Beschwerden her persistierend gewesen.

Die Adäquanz bei einem solchen Sturz sei eigentlich gegeben, vor allem dann, wenn die Wirbelsäule bereits vorgeschädigt sei und der Patient zwei Besonderheiten aufweise, nämlich einen anlagebedingt extrem engen Spinalkanal, sowie anatomisch sehr kleine Wirbelkörper, die etwa einen Drittel kleiner seien, als bei der Durchschnittsbevölkerung. Deshalb sei seine Situation viel fragiler als die von einem Normalpatienten.

Zur Frage nach dem Grad der Wahrscheinlichkeit führte Dr. Z.____ aus, aus dieser Sicht sei aus der Pathographie, aus der Krankengeschichte selbst und aus seiner Sicht mit grosser Wahrscheinlichkeit die Auslösung auch mit dokumentiertem Gelenkerguss unfallkausal (S. 1). Es sei ihm natürlich bewusst, dass die Unfallversicherer stets bei degenerativen

Vorschädigungen Unfallereignisse abwies. Gehe man von versicherungstechnischen Beschreibungen aus könne man sagen, die Unfallkausalität sei unwiderlegbar, weil ein ungewöhnlicher äusserer Faktor vorgelegen habe. Das Ereignis sei ungewöhnlich gewesen und für den Patienten nicht voraussehbar und das Ereignis sei unentrinnbar. Die Beschwerden seien unmittelbar aufgetreten und führten dazu, dass eine Operation durchgeführt werden müssen. Neben der Stenose habe ja auch eine Diskushernie vorgelegen. Die Operation habe rein schon aus Schmerzgründen sowie aufgrund der Lähmungsgefahr durchgeführt werden müssen (S. 2). 3.9

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Arztzeugnis vom 4. Juli 2016 (Urk. 8/ZM3) als Diagnose eine Rissquetschwunde am Vorderarm volar links am 12. August 2015, was beim Verschieben des Kühlschranks passiert sei

(Ziff. 2 und Ziff. 5). Die Erstbehandlung habe am 20. August 2015 stattgefunden (Ziff. 1). Es habe sich eine reizlose, wunderschön adaptierte Naht gezeigt. Dr. G.____ führte aus, bei ihm sei lediglich die Fadentfernung vorgenommen worden (Ziff. 4 und Ziff. 7). 3.10

PD Dr. B.____ führte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 18. Juli 201

E. 6

(Urk. 8/ZM 17) aus, nach Einsichtnahme in die vorliegenden MRI Bilder vom 24. August 2015 und vom 13. Februar 2016 liessen sich degenerative, von kranio nach kaudal zunehmende Diskopathien mit Signalminderrungen Höhe L3/4 und L4/5 feststellen. Eine anuläre Fissur (Riss des äusseren Faserrings der Bandscheibe) auf Höhe L4/5 als Ausdruck einer möglichen Bandscheibenverletzung oder anderweitige traumatisch verursachte strukturelle Läsionen seien nicht objektivierbar. Der Verdacht einer Einblutung auf Höhe L4/5 sei unbegründet, vielmehr handle es sich um durch die Cageeinlagen verursachte Artefakte. Die in der Bilddokumentation ersichtlichen Gelenkergüsse beidseits Höhe L4/5 basierten auf einer krankhaften Grundlage als Ausdruck einer epifusionellen Segmentdegeneration mit erosiver Arthrose beidseits.

Schmerzen mit Ausstrahlungen links etwas mehr in Richtung Iliosakralgelenk

(ISG) würden anlässlich der Konsultation vom 24. August 2015 beschrieben. Dem Krankengeschichteintrag sei zu entnehmen, dass diese Rückenschmerzen bereits einige Wochen vor dem Unfall aufgetreten seien. Durch das Unfallereignis vom 12. August 2015 ausgelöste oder intensiviertere Rückenbeschwerden gingen somit aus den unfallnahen medizinischen Echtzeitakten nicht hervor und stünden vor dem Hintergrund der degenerativen Befunde lum bal nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 12. August 2015.

Hinsichtlich der Unfallfolgen sei der medizinische Endzustand mit Abheilung der genähten Rissquetschwunde am linken Unterarm respektive am 20. August 2015 mit Datum der Fadentfernung und dem hausärztlichen Behandlungsabschluss erreicht (S. 3). 3.11

In seiner Stellungnahme vom 24. April 2017 (Urk. 18/1/1-4)

zum Bericht von PD Dr. B.____ führte Dr. Z.____ aus, dass der Patient zwei Wochen h abwarten müssen, bis er einen Termin erhalten habe, sei nicht ungewöhnlich, da bei solchen Beschwerden oftmals länger zugewartet werde und zwar um abzuwarten, ob diese wie oftmals wieder spontan verschwinden würden. Da sich der Beschwerdeführer nun aber nach 1.4 Jahren erst wieder bei ihm gemeldet habe, das heisse kurz nach dem Verhebetrauma,

stünden die Beschwerden nun nach seiner medizinischen Auffassung mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dieser in der Bagatellunfallmeldung erwähnten Rückenkontusion, auch wenn er in seiner Krankengeschichte nicht auf den Unfall eingegangen sei.

Dr. Z. ___ führte aus, die Nichterwähnung stelle aber keineswegs einen Beweis dar, dass die Beschwerden nicht durch das Verhebe trauma ausgelöst worden seien. Da es dem Beschwerdeführer nicht gut gegangen sei und er unter starken Rückenbeschwerden gelitten habe, sei gleichfalls ein MRI veranlasst worden.

Der Verlauf deute aber auf die klassische Definition des Posttraumas hin. „Posttraumatische Beschwerden“, wie der Begriff es schildere, seien Beschwerden, die „nach“ einem Trauma verstärkt auftreten. Der Beschwerdeführer habe sowohl an direkt traumatischen sowie im Verlauf an posttraumatischen Beschwerden gelitten. Der hintere Bandscheibenfaserring sei gerissen (MRI Befund 24. August 2015), und allmählich habe dieser Riss zum Austritt des inneren Gallertkerns geführt, der sich im weiteren Verlauf immer mehr in den Rückenmarkskanal ausgedehnt und so zu zunehmenden Beschwerden geführt habe. Bei vorgeschädigter Wirbelsäule bestehe so oder so eine verminderte Belastbarkeit, weshalb es nicht erstaunlich sei, dass ein Verhebetauma hier zu einer permanenten und richtungweisenden Verschlechterung geführt habe (S. 1).

Das Heben eines Kühlschranks mit nachweislich dokumentierter und aktenkundiger Läsion spreche auch sehr dafür, dass die Adäquanz bei voroperierter Wirbelsäule vor

E. 9

Jahren (14. September 2006) ausreichend gewesen sei, um zu einer weiteren Schädigung mit Faserriss der darüberliegenden Bandscheibe zu führen. Der MRI-Verlauf zeige eine eindeutige Verschlechterung im Verlauf, weshalb eine Operation unumgänglich gewesen sei. Wenn auch bereits vorbestehende Degenerationen wie ein Gelenkserguss bestanden hätten, so sei es im weiteren Verlauf zu einer zunehmenden Ausweitung des Bandscheibenvorfalles gekommen (S. 2).

Dr. Z. ___ führte aus, auch wenn in der Krankengeschichte widersprechend zur bereits erwähnten Bagatellunfallmeldung von einer Krankheit gesprochen werde, sei dies kein Gegenbeweis, vor allem wenn man die Chronologie der Krankengeschichte, das heisse den Verlauf sehe. Ein Ereignis nicht zu erwähnen, bedeute ja nicht implizit, dass ein solches nicht stattgefunden habe. Es sei völlig unplausibel, dass die verstärkten Rückenbeschwerden krankheitsbedingt sozusagen exakt mit dem Unfallzeitpunkt zusammenfallen sollten.

Dr. Z. ___ hielt fest, er sei daher der Ansicht, dass wenn in seinen Akten initial kein Unfall erwähnt werde und das Unfallereignis erst viel später in seinen Akten erscheine, dieses deswegen nicht kategorisch wegdiskutiert werden könne.

Entscheidend sei einzig, dass durch das aktenkundige Unfallereignis eine Verschlechterung ausgelöst worden sei. Aufgrund des Beschwerdeverlaufs und der MRI-Verlaufsbefunde spreche alles dafür, dass das Verhebetauma der Auslöser für die Verschlechterung darstelle (S. 3).

Dass die Beschwerden sich erst über eine gewisse Zeit verschlechterten, sei dadurch erklärbar, dass der Vorfall über die Zeit immer grösser geworden sei, und die Beschwerden daher zugenommen hätten, was man im MR-Verlauf eindeutig erkennen könne (S. 4). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin verneint gestützt auf die versicherungsmedizinische Einschätzung durch PD Dr. B.____ vom 18. Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.10) einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. August 2015 und den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden (vgl.

vorstehend E. 2.1).

Laut PD Dr. B.____ lagen gemäss den durchgeführten MRI

vom 24. August 2015 und vom 13. Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.3-4) aus schliesslich degenerative Befunde vor. Traumatische verursachte strukturelle Läsionen seien nicht objektivierbar.

Die Gelenksergüsse beidseits auf Höhe L4/5 führte er auf eine krankhafte Grundlage als Ausdruck einer epifusionellen Segmentdegeneration mit erosiver Arthrose beidseits zurück. Weiter wies PD

Dr. B.____ darauf hin, dass durch das Unfallereignis vom 12. August 2015 ausgelöste oder intensivierte Rückenbeschwerden in den echtzeitlichen medizinischen Akten nicht belegt seien.

Dem Krankengeschichteintrag vom 24. August 2015 sei zu entnehmen, dass die Rückenbeschwerden bereits einige Wochen vor dem Unfall aufgetreten seien. 4.2

Auf die schlüssige und nachvollziehbare Einschätzung durch PD Dr. B.____ kann aus den nachfolgend dargelegten Gründen abgestellt werden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2), lagen PD Dr. B.____ die Berichte von Dr. Z.____ vom Juni 2016, worin dieser Unfallfolgen geltend machte, vor (vgl. Urk. 8/ZM17 S. 2 Mitte). In Übereinstimmung mit der Einschätzung durch PD Dr. B.____ wiesen insbesondere die Radiologen Dr. D.____ und Dr. E.____ nach am 24. August 2015 und am 13. Februar 2016 durchgeführtem MRI der LWS auf fehlende traumatische Läsionen hin und beschrieben lediglich degenerative Befunde respektive Zustände nach den durchgeführten Operationen. Auch war in den Berichten als Indikationsgrund für die MRI lediglich von Voroperationen und degenerativen Befunden und nicht von einem allfälligen Unfallereignis die Rede (vgl. vorstehend E. 3.3-4).

Auch das im Mai 2016 durchgeführte Röntgen zeigte keine traumatischen Läsionen und als Indikationsgrund wurde eine Stellungskontrolle nach Operation genannt (vgl. vorstehend E. 3.5).

Wesentlich ins Gewicht fällt vorliegend insbesondere der Umstand, dass die erst behandelnden Ärzte des Stadtsitals C.____

nach ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers am 12. August 2015 (vgl. vorstehend E. 3.1) lediglich eine Rissquetschwunde am linken Unterarm feststellen konnten und ein Sturzereignis oder ein Kopfanprall ausdrücklich verneint wurden. Dass es sich dabei lediglich um unpräzise Angaben gehandelt haben soll, wie der Beschwerdeführer geltend machte (vgl. vorstehend E. 2.2), erscheint angesichts der ansonsten detaillierten Angaben zum Unfallhergang nicht plausibel.

Ein Sturz wird ebenso wenig in der Bagatellunfall-Meldung vom 19. August 2015 (vgl.

vorstehend E. 3.2) genannt, jedoch eine erfolgte Stauchung der Wirbelsäule. Auch der am 20. August 2015 behandelnde Hausarzt Dr. G.____ sprach lediglich von einer Rissquetschwunde am Vorderarm volar links, was beim Verschieben des Kühlschranks passiert sei (vgl. vorstehend E. 3.9).

Ebenfalls lässt sich der von der Klinik A.____ (Dr. Z.____) eingereichten Krankengeschichte des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/ZM14) bei vorbestehendem Rückenleiden und mehrfachen Operationen entnehmen, dass er am 24. August 2015, demnach

E. 12

Tage nach dem Unfallereignis ausführte, er habe seit etwa einem Monat beidseits Schmerzen mit Ausstrahlung links etwas mehr Richtung ISG .

Des Weiteren führte Dr. Z.____ in seinen ärztlichen Zeugnissen vom 29. Februar und vom 4. April 2016 (Urk. 8/ZM15 -16) aus, der Beschwerdeführer stehe wegen Krankheit und nicht wegen Unfall in seiner Behandlung und sei vom 16. Februar bis 8. Mai 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Dem Operationsbericht von Dr. Z.____

vom 10. Mai 2016 (vgl. vorstehend E.

3.6) lässt sich keine unfallbedingte Ursache für die Operation entnehmen .

Als Grund für die Operation wurde eine zentrale Diskushernie beidseitig mit massiver Zentralkanalstenose epifusionell L4/L5 genannt . Dementsprechend wurde auch eine Fusion, Diskektomie beidseits sowie eine Dekompression L4/5 vorgenommen.

Erst mals in seinem Bericht vom 14. Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 3.7) sprach Dr. Z.____ dann von einem Verhebetauma mit entsprechendem Gelenkerguss .

Dass nun, entgegen der Beurteilung durch PD Dr. B.____

vom 18. Juli 2016

und derjenigen des Radiologen Dr. D.____ vom 24. August 2015 , die auf Höhe L4/5 im MRI zeigten Spondylarthrosen mit Gelenkerguss, ein allfälliges Verhebetauma belegen sollen , erweist sich als nicht schlüssig. Dies räumte Dr. Z.____ dann auch in seiner Stellungnahme vom 24. April 2017 ein, indem er nun von vorbestehenden Degenerationen wie Gelenkerguss sprach und neu

einen seiner Ansicht nach im MRI vom 24. August 2015 festgestellten Riss des hinteren Bandscheibenfaserrings auf das Verhebetauma zurückführte und dieses ursächlich für die Entwicklung der Bandscheibenprotrusion sah. Diesbezüglich ist jedoch auszuführen, dass im MRI-Bericht von Dr. D.____ vom 24. August 2015 der Anulus

fibrosus -Riss links neuroforaminal mit Tangierung und möglicher Irritation der austretenden Nervenwurzel L3 links auf Höhe L3/4 lag und die von Dr. Z.____ vorgenommene Operation aufgrund einer Bandscheibenprotrusion L4/L5 stattfand.

Des Weiteren geht auch die von Dr. Z.____ in seinem Bericht vom 22. Juni 2016 und in der Stellungnahme vom 24. April 2017

angegebene

Begründung der Unfallkausalität , dass die Beschwerden nach dem Ereignis aufgetreten seien ,

an der Sache vorbei. Eine solche Begründung vermag für sich allein keine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ursache zu begründen. Denn

aus dem Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall kann praxisgemäss (BGE 119 V 335 und Urteil des Bundesgerichts 8C_614/2007 vom 10. Juli 2008, E. 4.1.2 mit Hinweisen auf neuere Entscheide) nicht auf die Unfallkausalität von hernach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden (Formel „post

hoc

ergo

propter

hoc“).

Insgesamt sind vorliegend sowohl die Ausführungen des Beschwerdeführers, alle echtzeitlichen Akten seien fehlerhaft gewesen,

als auch die von Dr. Z.____ nachträglich hierfür getätigten Erklärungsversuche vor dem Hintergrund

zu relativieren, dass die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxisgemäss in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ abstellen, denen in beweisgemässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen verfahrensrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2 a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Was

Dr. Z.____ betrifft,

finden wohl seine nicht plausiblen Ausführungen ihre Erklärung in der als

behandelnde(r) Arzt des Beschwerdeführers bestehenden auftragsrechtliche Vertrauensstellung, welche als hausarztähnlich bezeichnet werden kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien sämtliche Korrespondenzen zwischen ihm und der Beschwerdegegnerin zu editieren (vgl. vorstehend E. 2.4), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. So handelt es sich dabei einerseits nicht um medizinische Akten und andererseits lassen auch die vom Beschwerdeführer nachgereichten E-Mails vom Juni respektive Juli 2016 (vgl. Urk. 18/2) und die nicht unterzeichnete

Telefonnotiz vom 29. April 2016 (vgl. Urk. 22/3) keine anderen Schlüsse zu.

Von den angebotenen Zeugeneinvernahmen (Urk.

E. 17

S. 2) sind bereits aufgrund des Zeitablaufs keine relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb ebenfalls darauf verzichtet werden kann.

Aufgrund des Gesagten bestehen vorliegend keine Z.____ an der Schlüssigkeit der Einschätzung durch PD Dr. B.____.

4.3

Somit ist gestützt auf die Beurteilung durch PD Dr. B.____ vom 18. Juli 2017 der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass ein Kausal

zusammenhang zwischen dem Unfall ereignis vom 1 2. August 2015 und den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

zu verneinen ist .

Dementsprechend gelingt dem Beschwerdeführer der Nachweis eines Kausal zusammenhangs nicht. Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Der zum unentgeltlichen Rechtsvertreter bestellte Rechtsanwalt Dr. Rainer Riek machte mit Honorarnote vom 7. November 2017 (Urk. 26) einen Aufwand von insgesamt 11 . 66 Stunden sowie Barauslagen in der Höhe von pauschal 3 % des Aufwands (zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) geltend. In Anbetracht der zu berücksichtigenden Akten und der zu behandelnden Rechtsfragen erscheint der geltend gemachte zeitliche Aufwand noch als angemessen. Bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr.

E. 22

0.-- ist der unentgeltliche Rechtsvertreter deshalb mit Fr. 2'853.55 (inklusive Mehrwertsteuer und Auslagenersatz) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Rainer Riek, Zug, wird mit Fr. 2' 853 . 55 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rainer Riek - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 5 .

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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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
Schucan

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