

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00135 vom 2. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00135

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00135 du 2 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00135 del 2 novembre 2018

Erwägungen

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). Dem entsprechend 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).

Die hier zu beurteilenden Unfälle

haben sich am 17. Juli 2014 (Urk. 9/1) sowie 6. Juli 2016 (Urk. 8/1 f.) ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen wesentlichen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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).

E. 1.3

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wieder aufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinerner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Mai 2017 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte sinngemäss die Ausrichtung von Versicherungsleistungen seitens der Beschwerdegegnerin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. August 2017 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 28. August 2017 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 18. Mai 2017 (Urk. 2/1) dahingehend, dass Kreisarzt Dr. A.____ am 22. November 2016 (Urk. 8/32) mit sorgfältiger und überzeugender Begründung zum Schluss gelangt sei, dass die geklagten Beschwerden nicht auf die Unfälle vom 17. Juli 2014 sowie 6. Juli 2016 zurückzuführen seien. Mit ihm sei davon auszugehen, dass keine Unfallfolgen vorliegen würden. Eine anderslautende Beurteilung liege jedenfalls nicht vor. Es bestehe deshalb kein Anlass, seine Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und den suva-versicherten Ereignissen vom 17. Juli 2014 und 6. Juli 2016 lasse sich nicht nachweisen, jedenfalls nicht mit der geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit (S. 5 f.).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. August 2017 (Urk. 7) legte die Beschwerdegegnerin ergänzend dar, aus den medizinischen Akten gehe eine dorsolaterale Diskushernie hervor. Den Beurteilungen von Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, und Kreisarzt Dr. A.____ folgend bestehe kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und den beiden Ereignissen vom 17. Juli 2014 und 6. Juli 2016. Ein Unfall sei sodann nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig sei, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen würden, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Eine solche Ausnahme bestehe vorliegend nicht (S. 4 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen im Wesentlichen geltend, er leide an einer Diskushernie Höhe C5/6. Unter Hinweis auf die Einschätzung des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung brachte er weiter vor, die kreisärztlichen Ausführungen vom 10. Oktober 2016 und 22. November 2016 seien nicht nachvollziehbar (Urk. 1).

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage im Zusammenhang mit den beiden Unfallereignissen vom 17. Juli 2014 (Urk. 9/1) und 6. Juli 2016 (Urk. 8/1 f.) präsentiert sich wie folgt:

E. 3.1.1

Laut Bericht des Zentrums für Chirurgie des C.____ vom 17. Juni (richtig wohl Juli) 2014 zog sich der Beschwerdeführer beim Autounfall vom gleichen Tag multiple Prellungen zu. Es wurden (soweit leserlich) Schmerzen an der HWS und an der rechten Schulter erwähnt. Radiologisch hätten sich an HWS, Dens und Schulter rechts keine frischen Verletzungen gezeigt (Urk. 9/22).

Wegen anhaltender Schmerzen im rechten Ellbogen stellte sich der Beschwerdeführer am 21. August 2014 erneut in der Klinik vor (Urk. 9/23). Im entsprechenden Bericht wurde seitens des Zentrums Chirurgie des C.____ eine Prellung des rechten Ellbogens diagnostiziert, wobei der Röntgenbefund keinen Hinweis auf frische Frakturen zeigte.

E. 3.1.2

Am 7. Oktober 2014 (Urk. 9/43) führte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), aus, der Beschwerdeführer habe sich am 23. Juli 2014 erstmals in Behandlung begeben, da er im Rahmen eines Verkehrsunfalls am 17. Juli 2014 verletzt worden sei. Die Erstversorgung nach dem Unfall sei im C.____ vorgenommen worden. Der

Beschwerdeführer habe anfänglich eine deutliche Symptomatik von Seiten der HWS aufgewiesen, die aber innerhalb von einer Woche deutlich rückläufig gewesen sei. Begründend für die langfristige Arbeitsunfähigkeit sei eine Quetschungsverletzung des rechten Unterarms, wobei dort ausser einem oberflächlichen Hämatom anfänglich auch eine etwa 5x4 cm grosse prallelastische, in der Muskulatur gelegene Verhärtung tastbar gewesen sei. Offensichtlich in der Folge der traumatischen Einwirkung sei es zu einer Muskelverletzung mit entsprechender Einblutung gekommen. Daraus sei eine deutliche Minderbelastbarkeit der rechten Hand gefolgt, unter anderem sei ein kraftvoller Faustschluss nicht möglich gewesen.

E. 3.1.3

Im Bericht des E.____ vom 12. Oktober 2014 (Urk. 9/42) wurde als Hauptdiagnose ein Status nach Einklemmung des rechten Armes mit schwer beeinträchtigenden – seit Arbeitsbeginn vor drei Tagen zunehmenden - muskulären Schmerzen an Schulter und Arm festgehalten.

E. 3.1.4

Mit Bericht der F.____ vom 16. Oktober 2014 (Urk. 9/52) diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine posttraumatische Cervicobrachialgie rechts mit/bei Zustand nach craniocervicalem Beschleunigungstrauma, Differenzialdiagnose Plexus-Irritation, sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische radiale Epicondylopathie. Beim Beschwerdeführer bestehe eine etwas diffuse Schmerzsymptomatologie im Rahmen einer posttraumatischen Cervicobrachialgie. Aufgrund des Unfallereignisses sei mit einer erheblichen Krafteinwirkung zu rechnen, die durchaus geeignet sei, eine Läsion der HWS oder des Plexus brachialis zu bewirken. Aufgrund der klinischen Untersuchung erscheine die Schulter selbst unverletzt. Zudem bestünden Zeichen der radialen Epicondylopathie (S. 4).

Nach durchgeführter Bildgebung (Urk. 9/48) führte Dr. G.____ am 21. Oktober 2014 (Urk. 9/50) aus, der Verdacht auf eine posttraumatische radiale Epicondylopathie habe sich auch magnetresonanztomographisch nachweisen lassen. Die bestehenden Cervicobrachialgien könnten alleinig durch diese Problematik aber nicht erklärt werden; die durchgeführte MRT der HWS (Urk. 9/47) sei unauffällig geblieben, ebenso wie die klinische Untersuchung der Schulter. Aufgrund der wohl erheblichen Krafteinwirkung, wenn auch von ipsilateral, stelle sich für ihn die Frage nach einer möglichen Plexusreizung.

E. 3.1.5

Am 20. November 2014 (Urk. 9/81) diagnostizierte Dr. B.____ von der Neurologie am Rosenberg den Verdacht auf eine traumatische Plexusbrachialisläsion rechts, eine HWS-Beschleunigungsverletzung Quebec task force Grad III sowie eine Meralgia parästhetica rechts (posttraumatisch bei Hämatom im Leistenbereich; S. 2). Er führte aus, er gehe beim Beschwerdeführer von einer traumatischen Plexusläsion rechts aus, möglicherweise initial mit Betonung auf eine obere Plexusläsion, welche die Abduktionsparese des rechten Armes erklären könnte. Bei rascher Rückbildung der Beschwerden innerhalb von zwei bis drei Wochen habe hier am ehesten eine Neurapraxie stattgefunden. Bei in der Elektromyographie (EMG; vgl. Urk. 9/81 S. 5-6) noch nachweisbar erhöhter Polyphasierate als subakut neurogene Schädigung habe aber auch eine leichte Axonotmesis stattgefunden. Eine subakut neurogene Schädigung lasse sich auch im Musculus extensor digitorum communis feststellen passend zum klinischen Befund

einer Extensionsparese der Hand und Finger rechts. Eine neurogene Schädigung der Flexoren, welche den verminderten Händedruck erklären könnten, finde sich elektromyographisch nicht. Insgesamt seien verschiedene Nerven (Nervus medianus, Nervus radialis, Nervus axillaris), verschiedene Radices (C5-C8) und verschiedene Anteile des Plexus brachialis betroffen, weshalb er von einer Plexusaffektion im Rahmen des Traumas ausgehen müsse. Diese sei zum Glück gering ausgeprägt und führe nicht zu behindernden Paresen. Problematisch seien in erster Linie die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden, welche durch Belastung aggravierten (S. 2).

E. 3.1.7

Gestützt auf diese Aktenlage stellte die Beschwerdegegnerin - nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Y.____ per 30. November 2014 (Urk. 9/80/1) - am 13. Januar 2015 die Taggeldleistungen per 31. März 2015 ein unter weiterer Übernahme der Behandlungskosten (Urk. 9/92). Diese formlose Mitteilung blieb unbeanstandet. Am 8. Juli 2015 trat der Beschwerdeführer eine neue Stelle an (Urk. 8/1).

E. 3.2.1

Dem Bericht der Notfallpraxis des H.____ vom 6. Juli 2016 betreffend Erstbehandlung des Beschwerdeführers nach dem gleichentags erlittenen Unfall (Urk. 8/13 S. 2) ist als Diagnose der Verdacht auf eine Reizung des Nervus radialis rechts zu entnehmen. Der Beschwerdeführer habe heute eine Steinplatte getragen und dabei eine Drehbewegung im Ellbogen gemacht. Seitdem bestünden Schmerzen und eine Spannung im gesamten Unterarm rechts. Als Befunde wurden ein reizloser Arm ohne Schwellung, aber eine Druckdolenz im Bereich des Verlaufs des Nervus radialis erhoben.

E. 3.2.2

Am 23. August 2016 (Urk. 8/10) hielt Dr. med. I.____, Fachärztin für Innere Medizin, fest, im Verlauf habe der Beschwerdeführer eine Zunahme der Beschwerden bemerkt, er könne den Kopf nicht mehr nach hinten und zur Seite bewegen, des Weiteren bestünden Sensibilitätsstörungen des rechten Armes. Bei der Untersuchung seien eine Kraftminderung und eine Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Armes aufgefallen. In der MRI-Untersuchung der HWS (Urk. 8/44 S. 13) habe sich im Bereich der Nervenwurzel C6 rechts eine dorsolaterale Diskushernie gezeigt, die komprimierend auf die Nervenwurzel C6 wirke. Sie bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit ab 26. Juli 2016 (vgl. auch Urk. 8/14/2).

E. 3.2.3

Im Bericht der J.____ vom 5. Oktober 2016 (Urk. 8/22) wurde eine schmerzhafte, sensorische C6-Radikulopathie mit/bei Diskushernie C5/6 mit Tangierung der Nervenwurzel C6 diagnostiziert. Ab und zu würden Schmerzen in den Arm austrahlen.

E. 3.2.4

Am 10. Oktober 2016 (Urk. 8/19) hielt Dr. A.____ fest, es sei beim Tragen einer Steinplatte zu einer Rotationsbewegung im Ellbogen und daraufhin ausgelösten Schmerzen im Ellbogen und entlang des Unterarmes gekommen. Eine Affektion der HWS habe überwiegend wahrscheinlich nicht stattgefunden. Die aktuellen Beschwerden würden nun auf eine kernspintomographisch dargestellte, sehr kleine Diskushernie der HWS zurückgeführt. Diese sei überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal und sei bereits in der vorausgehenden Voruntersuchung in ähnlicher Form vorhanden gewesen. An dieser Beurteilung hielt der Kreisarzt am 24. Oktober 2016 (Urk. 8/23) auf die Rückfallmeldung

des Beschwerdeführers hin (Urk. 9/110) fest.

E. 3.2.5

In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 22. November 2016 (Urk. 8/32) führte Dr. A.____ aus, die Unfallmeldung gebe an, dass der Beschwerdeführer sich beim Heben einer Last den Unterarm verdreht habe. Vom Beschwerdeführer selber werde später angegeben, dass es sich dabei um eine etwa 200 kg schwere Steinplatte gehandelt habe. Nach dem Ereignis sei sein Arm taub geworden. Die Erstkonsultation in der Notfallpraxis des H.____ beschreibe eine Reizung des Nervus radialis ohne neurologische Ausfallsymptomatik, aber bestehendem Druckschmerz entlang des Nervs. Seitens Dr. I.____ werde gemäss Bericht vom 26. Juli 2016 von einem Schmerz und sensomotorischer Ausfallsymptomatik im Bereich des rechten Armes gesprochen (S. 4). Eine dermatomale respektive myotomale Eingrenzung werde hierbei nicht vorgenommen, so dass der Befund nicht zu spezifizieren sei. In der Folge sei die Zuweisung zu einem MRI der HWS erfolgt, welches am 2. August 2016 am H.____ durchgeführt worden sei (Urk. 8/44 S. 13). Hierin werde eine dorsolaterale beidseits akzentuierte Diskushernie des Halswirbelkörpers (HWK) 5/6, rechts mehr als links, mit konsekutiver Obliteration des Neuroforamens rechts und Kompression der Nervenwurzel C6 rechts beschrieben. In persönlicher Beurteilung der vorliegenden Kernspintomographie zeige sich eine Dehydratation der cervicalen Bandscheiben, insgesamt etwas über der Altersnorm liegend. Im Segment HWK 5/6 bestehe eine minimal verstärkte dorsale bis dorsolaterale Vorwölbung der Bandscheibe im Rahmen des natürlichen Degenerationsprozesses, von einer Diskushernie contained oder non-contained könne nicht gesprochen werden. Beim Beschwerdeführer sei es bereits 2014 zu einem Trauma im Sinne eines Verkehrsunfalles gekommen. Hieraus sei ebenfalls eine Armschmerzsymptomatik rechts resultiert, die gemäss letztvorliegender medizinischer Dokumentation als Verdacht auf eine traumatische Plexus brachioradialis-Läsion interpretiert worden sei. Der Verdacht sei später seitens der Direct Line Versicherung Deutschland als nicht bestätigt bewertet worden und der Beschwerdeführer habe einer neurologischen Begutachtung zugewiesen werden sollen. Weitere Informationen würden nicht vorliegen. Im Rahmen des Unfalles 2014 sei ebenfalls ein MRI der HWS angefertigt worden (Urk. 9/47). Im Vergleich zum aktuellen Befund habe sich die Bandscheibe HWK 5/6 nur minimal degenerativ verändert. Zusammenfassend liege im geschilderten Ereignis kein biomechanisch adäquates Trauma vor, um eine strukturelle Veränderung an der cervicalen Bandscheibe respektive den umgebenden knöchernen Strukturen hervorrufen zu können. Die objektivierten bildgebenden Befunde zeigten eine minimale degenerative Diskusveränderung HWK 5/6 mit allenfalls Tangierung, aber nicht Kompression der abgehenden Nervenwurzel C6 rechts. Ein überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler Zusammenhang zwischen einer cervicalen geleiteten Radikulopathie bestehe nicht. Aufgrund des Ereignisses wäre eher von einer peripheren Nervenaffektion auszugehen, welche aber in der vorliegenden Diagnostik nicht aufgegriffen werde (S. 5).

E. 3.2.6

Am 12. Dezember 2016 (Urk. 8/44 S. 19 ff.) diagnostizierte Dr. B.____ ein Verhebetrauma am 6. Juli 2016 mit passageren Sensibilitätsstörungen und Verdacht auf schmerzhafte, sensorische C6-Radikulopathie (MRI HWS vom 2. August und 11. November 2016: Diskusprotrusion HWK 5/6 mit Kompression C6 rechts). Elektromyographisch bestand kein Hinweis auf eine neurogene Schädigung des Musculus biceps brachii rechts und somit keine relevante C6-Radikulopathie. Der Facharzt führte aus, insgesamt liege ein günstiger

Spontanverlauf im Rahmen der rehabilitativen Massnahmen durch die Physiotherapie vor. Er finde heute keinen Hinweis für ein relevantes C6-Syndrom rechts. Eine muskuläre Zerrung oder auch Affektion von Nervenstrukturen (Plexus brachialis/Radix C6) im Rahmen des Verhebetraumas ohne strukturelles Korrelat könne nicht ausgeschlossen werden. Einen Zusammenhang der Diskusprotrusion mit dem Unfall von 2014 könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden (S. 19).

E. 3.2.7

In ihrem ärztlichen Bericht vom 30. März 2017 (Urk. 8/44 S. 4 ff.) hielt Dr. I. ___ als Diagnosen ein cervicales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion HWK 5/6 foraminal beidseits, rechts mehr als links, mit Kompression der Nervenwurzel C6 rechts sowie unklare Schmerzen im Bereich des Musculus brachioradialis rechts fest (S. 10). Anlässlich der klinischen Untersuchung lag ein Druckschmerz im Bereich des Epicondylus radialis rechts sowie des Musculus brachioradialis rechts vor, wobei Kraft und Sensibilität an den oberen Extremitäten unauffällig waren. Im Bereich des Musculus brachioradialis rechts bestanden fragliche leichte Trophikstörungen im Vergleich zu links (S. 8). 4.

4.1

Unter Berufung auf das MRI vom 2. August 2016, das eine Diskushernie auf der Höhe C5/6 zeigte (vgl. dazu E. 3.2.2), machte der Beschwerdeführer geltend, er habe seit dem Ereignis vom 6. Juli 2014 (richtig: 2016) die gleichen Probleme wie nach dem Autounfall im Jahr 2014. Soweit ersichtlich postulierte er einen Zusammenhang der HWS-Beschwerden zu den Unfällen (Urk. 1). 4.2

Beim Vorfall vom 6. Juli 2016 zog sich der Beschwerdeführer beim Ablegen einer Steinplatte (Verhebetrauma) eine Zerrung am rechten Arm zu (Urk. 8/1). Im Bericht der Notfallpraxis des H. ___ war von einer Drehbewegung im Ellenbogen und seitherigen Beschwerden im gesamten rechten Unterarm die Rede (E. 3.2.1), was Hausärztin Dr. I. ___ später bestätigte (E. 3.2.2 und E. 3.2.7). Gegenüber der Beschwerdegegnerin gab der Beschwerdeführer an, er sei beim Tragen der 200 kg schweren Steinplatte (mit fünf oder sechs anderen Personen) in ein Loch gestanden und habe sich dabei «den Arm irgendwie verdreht». Der Arm sei daraufhin taub geworden (Urk. 8/18).

Erst anlässlich einer neuerlichen Hausarztkonsultation vom 26. Juli 2016 war unter Hinweis auf eine Schmerzzunahme die Rede davon, der Beschwerdeführer könne den Kopf nicht mehr vollständig bewegen (Urk. 8/10). Die angeordnete Bildgebung zeigte die beschwerdeweise erwähnte Diskushernie C6, welche sich in den nachfolgenden Abklärungen bestätigte (E. 3.2.3-7).

Zwar vermochte Dr. B. ___ eine muskuläre Zerrung oder Affektion der Nervenstrukturen im Rahmen des Verhebetraumas nicht auszuschliessen, allerdings er hoben weder er noch einer der übrigen befassten Ärzte entsprechende Verletzungen. Zudem fällt im Hinblick auf die Beurteilung der Kausalität ins Gewicht, dass sich der Beschwerdeführer laut eigenen Aussagen beim Unfall am rechten Arm und nicht an der HWS verletzte. 4.3

Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_13/2018 vom 9. Mai 2018 E. 3.2).

Rechtsprechungsgemäss kann eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfall bedingt 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_677/2007 vom 4. Juli 2008 E. 2.3 mit Hinweisen). Es sind massivste Gewalt einwirkungen auf den Körper notwendig (Urteil des Bundesgerichts 8C_811/2012 vom 4. März 2013 E. 6.2). 4.4

Wenn auch das Tragen einer 200 kg schweren Steinplatte durch sechs oder sieben Personen (Urk. 8/31/4) an sich eine aussergewöhnliche Anstrengung darstellen mag, kann im Stolpern und dem Verdrehen des Arms nicht ein besonders schwerer Unfall im Sinne der Rechtsprechung erblickt werden, dessen Ablauf geeignet war, eine Diskushernie zu verursachen. Es trat auch nicht umgehend nach dem Ereignis, sondern erst ab 26. Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit auf (Urk. 8/3, Urk. 8/14/2).

Dass der Bandscheibenvorfall als Folge einer Gewalteinwirkung eingetreten ist, erscheint auch deshalb nicht plausibel, weil in Bezug auf die HWS zunächst weder von Verletzungen noch von Beschwerden die Rede war. Die (erst im weiteren Verlauf angefertigten) Bildgebungen zeigten denn auch keine frischen Läsionen, so dass die Schlussfolgerung des Kreisarztes, die Diskusveränderung stehe nicht im kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Juli 2016, nachvollziehbar ist.

Beim Autounfall vom 17. Juli 2014 war zwar unter anderem die HWS betroffen, doch führte keiner der konsultierten Ärzte die erst im Jahr 2016 erhobene Diskushernie auf dieses Geschehnis zurück. Vielmehr verneinte der Kreisarzt eine Kausalität ausdrücklich (E. 3.2.5) und Dr. B.____ vermochte einen Zusammenhang zu jenem Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen (E. 3.2.6), weshalb die mit Rückfallmeldung vom 14. Oktober 2016 (Urk. 8/110) geltend gemachten HWS-Beschwerden nicht mehr als unfallkausal zu betrachten sind. 5. 5.1

In der dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde liegenden Verfügung vom 25. Oktober 2016 (Urk. 8/25) prüfte die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der gemeldeten Armbeschwerden und verneinte diese, was nach Einsicht in die entsprechenden kreisärztlichen Beurteilungen vom 10. und vom 24. Oktober 2016 (E. 3.2.4), welche Kreisarzt Dr. A.____ am 22. November 2016 bestätigte (E. 3.2.5), nicht zu beanstanden ist.

Zu den Armbeschwerden und deren Kausalität äusserte sich der Beschwerdeführer einspracheweise nicht, sondern machte lediglich - aber immerhin - geltend, seine Diskushernie sei durch den Unfall beziehungsweise einen der Unfälle entstanden (Urk. 8/29). Im angefochtenen Entscheid setzte sich die Beschwerdegegnerin ausführlich mit der Unfallkausalität der Diskushernie auseinander und begründete, weshalb sie dem beschwerdeführerischen Standpunkt nicht folgte (Urk. 2).

Hinsichtlich der seitens der Beschwerdegegnerin verfügungsweise verneinten Unfallkausalität von Armbeschwerden erhob der Beschwerdeführer auch in seiner Beschwerde keine - auch nur ansatzweise begründeten - Rügen. Seinen beschwerdeweisen Ausführungen (wie auch der Einsprache beziehungsweise der Rückfallmeldung, Urk. 9/110) ist weder zu entnehmen, dass er weiterhin an Armbeschwerden leiden würde, noch dass beziehungsweise inwiefern er deren Kausalität anders beurteilt als die Beschwerdegegnerin.

Rechtsprechungsgemäss müssen die Rüge und ihre Begründung in der Beschwerdeschrift selber enthalten sein. Der blosser Verweis auf Ausführungen in anderen Rechtsschriften oder auf die Akten genügt nicht (BGE 141 V 416 E. 4). Die Vorbringen des Beschwerdeführers erschöpfen sich auf die nicht näher beschriebenen «gleichen Probleme wie nach dem Unfall» und auf die Wiedergabe eines Zitats aus der «RAD Zwischenstellungnahme vom 23.5.2017» (Urk. 1).

Es erübrigt sich da her, auf die vom Beschwerdeführer gar nicht thematisierte Unfallkausalität all fällig weiterhin bestehender Armbeschwerden weiter einzugehen.

5.2

Soweit der Beschwerdeführer ferner

vorbrachte, es sei so viel geschrieben worden, von dem er nichts wisse (Urk. 1), und damit sinngemäss eine Gehörsverletzung monierte, ist er nicht zu hören, da es ihm im Verwaltungsverfahren unbenommen gewesen wäre, in die aufliegenden Akten Einsicht zu nehmen. Dass er bei der Beschwerdegegnerin entsprechende - ihm verweigerte - Begehren gestellt hätte, ist nicht ersichtlich. 5.3

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Nünlist

E. 6

Mit Stellungnahme vom 5. Januar 2015 (Urk. 9/89) schloss Dr. G.____ auf eine traumatische Plexusläsion rechts mit/bei Zustand nach HWS-Distorsion. Der Beschwerdeführer habe sich nach nun durchgeführter Magnetresonanz (MRT/MRI)-Abklärung der HWS und des rechten Ellbogens sowie neurologischer Untersuchung gemeldet. Die orthopädische Verdachtsdiagnose habe neurologisch bestätigt werden können. Die neurologische Problematik werde die weitere Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bestimmen, eine Besserung sei mittelfristig zu erwarten.

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