

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00007 vom 22. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00007)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00007 du 22 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00007 del 22 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

6. Januar 2017

als Serviceleiter bei der A.\_\_\_\_ AG angestellt und bei der Suva obligatorisch un  
fallversichert war, am

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das  
Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen,  
Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann  
Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung  
einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei  
Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwi schen  
dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Inva lidität, Tod) ein  
natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des na türlichen  
Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhan densein der eingetretene  
Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der glei chen Weise beziehungsweise nicht zur  
gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Ent sprechend dieser Umschreibung ist für  
die Bejahung des natürlichen Kausalzu sammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die  
alleinige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das  
schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige  
Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht  
weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche 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 Ver waltung  
beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden  
Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der  
überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Mög lichkeit eines  
Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs an spruches nicht (BGE 129 V  
177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.3**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst  
manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der

Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

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

In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen ( vgl. Urteil e des Bundesgerichts 8C\_412/2008 vom 8. November 2008 E. 5.1.1 und 8C\_571/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 2.2.2 je mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers umfasst zudem die Beeinträchtigung durch Beschwerden, welche aus einer unfallbedingten (vorübergehenden oder richtunggebenden) Verschlimmerung einer vorbestandenen Diskushernie herrühren ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2007 vom 11. August 2008 E. 2.2 mit Hinweisen ). Ist die Diskushernie allerdings 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 Unfallschmerzsyndrom 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 – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_571/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 2.2.3 mit Hinweisen). Die Chronifizierung der Beschwerden ist diesfalls zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_17/2007 vom 17. Juni 2008

E. 3.2). Damit hat die Rechtsprechung im Falle traumatisch ausgelöster Diskushernien den konkreten medizinischen Beleg des natürlichen Verlaufs durch eine richterliche Vermutung – die sich ihrerseits auf die medizinische Literatur stützt – ersetzt. Diese kann jedoch widerlegt werden ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_412/2008 vom 3. November 2008 E. 5.2).

Mit Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für noch bestehende Beschwerden. Solange dieser jedoch noch nicht wieder erreicht ist, hat die Unfallversicherung gestützt auf Art. 36 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen . Demnach hat die versicherte Person auch Anspruch auf eine – operative Eingriffe miteinschliessende – zweckmässige Behandlung ( vgl. Urteil e des Bundesgerichts 8C\_412/2008 vom 3. November 2008 E. 5.1.2, 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 3. Januar 2018 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weiterhin die Unfallversicherungsleistungen (allenfalls als Rückfallfolge) zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2018 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 5. April 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Am 23. April 2018 reichte er seine Replik (Urk. 12) ein, und die Beschwerdegegnerin reichte innert Frist keine Stellungnahme ein, weshalb, wie in der

Gerichtsverfügung vom 25. April 2018 (Urk. 13) festgehalten, davon ausgegangen wird, dass auf eine Stellungnahme verzichtet wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

2) - wegfallen können.

Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin für die Rezidiv-Diskusher nie aus dem Unfallereignis vom 4. Februar 2016 eine Leistungspflicht trifft, zumal ein sich am 28. Januar 2017 erneut zugetragenes Unfallereignis, wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 5.2), nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, es liege ein Rückfall zur Operation vom 5. April 2016 (Rezidivhernie) vor, worauf die Beschwerdegegnerin zu behaften und zur Übernahme der gesetzlichen Leistungen zu verpflichten sei (S. 2 Ziff. 3). Eine Diskushernie ausgelöst zu haben, bedeute so viel wie mitverursacht zu haben. Damit liege ein Anwendungsfall von Art. 36 UVG vor (S. 3 f. Ziff. 4-5). Unstreitig sei, dass er am 4. Februar 2016 und am 3. März 2017 [richtig wohl: 28. Januar 2017] je einen Unfall erlitten habe (S. 4 Ziff. 1).

Alle Voraussetzungen des Unfalls lägen unstreitbar vor.

Ebenso sei die entstandene und operierte Unfallfolge exakt am gleichen Ort geschehen und habe ein Rezidiv ergeben, weshalb nicht verständlich erscheine, dass die Suva den Anwendungsfall von Art. 36 UVG negiere (S. 4 Ziff. 2).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) machte die Beschwerdegegnerin geltend, das Unfallereignis vom 4. Februar 2016 habe die Diskushernie lediglich ausgelöst beziehungsweise den stummen Vorzustand vorübergehend verschlimmert. Dem nach sei davon auszugehen, dass im Nachgang zum Unfall vom 4. Februar 2016 nach Ablauf von sechs bis neun Monaten beziehungsweise spätestens nach einem Jahr der Status quo sine erreicht gewesen sei. Dementsprechend sei der Fall per 19. Januar 2017 abgeschlossen worden, und die Verfügung vom 19. Januar 2017 sei unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Damit sei der Status quo sine per 19. Januar 2017 erreicht gewesen, was einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Ende Januar 2017 aufgetretenen Rückenbeschwerden und dem Unfall vom 4. Februar 2016 ausschliesse. Gestützt auf die Verfügung vom 19. Januar 2017 müsse angenommen werden, dass die seit Ende Januar 2017 bestehende Rückenproblematik bei L3/L4 einem Gesundheitszustand entspreche, welcher sich auch ohne Unfall vom 4. Februar 2016 nach dem schicksalsmässigen Verlauf des Vorzustandes eingestellt hätte. Die Rezidiv-Diskushernie sei auch nicht auf den Unfall vom 4. Februar 2016, sondern auf die Operation vom 5. April 2016 zu rückzuführen. Es bestehe daher keine Leistungspflicht für die Rezidiv-Diskusher nie, da diese keinen unfallkausalen Ursprung habe (S. 5 f. Ziff. 5.1-2).

### **E. 2.4**

In seiner Replik (Urk. 12) machte der Beschwerdeführer geltend, es liege ein klarer Anwendungsfall von Art. 36 UVG vor (S. 2 II Ziff. 1). Es sei nicht die Aufgabe der Mediziner, den Sachverhalt genau festzustellen, sondern den Patienten bestmöglich zu

heilen (S. 2 f. II Ziff. 2). Auch die Rechtskraft der ersten Verfügung sei unbeachtlich, da es sich vorliegend um einen Rückfall handle, welcher auch dann versichert bleibe, wenn der Grundfall abgeschlossen sei (S. 3 Ziff. 3).

### **E. 2.5**

Strittig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 24. März 2017 erfolgte Leistungseinstellung betreffend das Ereignis vom 28. Januar 2017 zu Recht erfolgt ist.

### **E. 3.1**

Hinsichtlich des Unfallereignisses vom 4. Februar 2016 präsentiert sich die relevante Aktenlage wie folgt:

### **E. 3.2**

Gemäss Schadenmeldung vom 8. Februar 2016 (Urk. 8/1) sei der Beschwerdeführer am 4. Februar 2016 beim Treppen Hinuntergehen ausgerutscht, habe sich je doch an der Wand gerade noch auffangen können. Beim sich Aufrichten habe er jedoch einen Knacks in den Lendenwirbeln verspürt, worauf er sich nicht mehr gerade habe aufrichten können (S. 1 Ziff. 4 und S. 2).

### **E. 3.3**

Nach am 9. Februar 2016 durchgeführtem MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) führte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 8/10) aus, es zeige sich eine leichte multisegmentale Degeneration der LWS mit Diskusprotrusionen. Auf der Höhe L3/L4 bestehe eine Irritation der austretenden Nervenwurzel L3 rechts neuroforaminal bis lateral. Auf der Höhe L5/S1 bestehe ein leichter Anulus fibrosus-Riss links neuroforaminal bis lateral mit leichter Tangierung der austretenden Nervenwurzel L5 links. Es zeige sich kein Nachweis durchgemachter Frakturen.

### **E. 3.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. Februar 2016 (Urk. 8/11/2) aus, die Erstbehandlung habe am 9. Februar 2016 stattgefunden (Ziff. 1). Als Diagnosen nannte Dr. Z.\_\_\_\_ einen Anulus fibrosus-Riss auf Höhe L5/S1 mit Diskushernie sowie eine aktivierte Spondylarthrose L4/5-6 (Ziff. 5). Laut Angaben des Patienten habe dieser am 4. Februar 2016 einen Treppensturz (Ausrutscher auf der Treppe) erlitten (Ziff. 2). Er habe ein Knacken der Lendenwirbel mit starken Schmerzen nach dem Sturz wahrgenommen und habe sich nicht mehr gerade aufrichten können. Er sei blockiert gewesen (Ziff. 3).

### **E. 3.5**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, führte nach am 14. März 2016 durchgeführtem CT der LWS nativ in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/16) aus, im Vergleich zum MRI der LWS zeige sich keine wesentliche Änderung. Es bestehe weiterhin eine rechtslaterale foraminale Bandscheibenprotrusion in Höhe von LWK 3/4 mit Kontakt und möglicher Irritation der Wurzel L3 rechts. Ansonsten bestünden kein Hinweis auf eine Wirbelkörperfraktur, keine Facettensprengung und keine Hinweise auf eine Os sakrum Fraktur kranial. Es bestehe keine weitere spinale oder foraminale Enge und kein Nachweis einer weiteren Neurokompression bei leichtgradiger Diskusprotrusion in Höhe LWK 4/5 und lumbosakral.

### **E. 3.6**

In seinem Kostengutsprache-Gesuch vom 15. März 2016 (Urk. 8/11/1) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe am 4. Februar 2016 einen Treppensturz erlitten. Die Abklärungen hätten einen Anulus fibrosus-Riss auf Höhe L5/S1 mit scheinbar Ischialgien ergeben, die möglicherweise auch durch eine degenerative Stenose mit Zystenbildung auf Höhe L4/5 verursacht werden könnten. Da die konservative Therapie inklusive Infiltrations-Therapie keinen Erfolg zu bringen scheine, wünsche der Patient nun eine operative Sanierung. Ein Unfallereignis liege vor. Auch wenn ein Anulus-Riss und degenerative Veränderungen vorlägen, könnten diese sich richtungweisend verschlechtert haben.

### **E. 3.7**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in seinem Operationsbericht vom 5. April 2016 (Urk. 8/26) nach gleichentags durchgeführter Dekompression/Diskektomie L3/L4, Zystenentfernung auf Höhe L4/L5 und Diskusdekompression L5/S1 als Diagnose eine posttraumatische Diskushernie L3/L4 mit Reizsyndrom L3/L4 bei 3-Segmentdegeneration und vor allem Spondylarthrose auf Höhe L3/L4, diese seit 16 Jahren dokumentiert (S. 1 Mitte).

### **E. 3.8**

Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, führte in ihrer Beurteilung vom 3. Mai 2016 (Urk. 8/27) aus, eine wesentliche Prellung des Rückens oder gar ein Sturz auf den Rücken gehe aus der Beschreibung des Unfallherganges nicht hervor. Der geschilderte Unfallmechanismus sei nicht schwer genug, um die im MRI festgestellten Veränderungen der LWS, insbesondere den Bandscheibenvorfall L3/4 rechts und den Anulus fibrosus-Riss L5/S1 links, zu verursachen. Dass der Unfall nicht ausreichend schwer gewesen sei, werde auch dadurch belegt, dass fünf Tage nach dem Unfallereignis kernspintomographisch keine Begleitverletzungen, wie beispielsweise Hämatome oder Frakturen, im Bereich der LWS nachweisbar gewesen seien (S. 3 oben). Hingegen hätten sich typische degenerative Veränderungen gezeigt. Dr. Z.\_\_\_\_ habe im Operationsbericht vom April 2016 das Vorhandensein degenerativer Veränderungen an der LWS und insbesondere im Segment L3/4 bestätigt (S. 3 Mitte).

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, zeitnah zum Unfall habe Dr. Z.\_\_\_\_ keine eindeutig radiologische Symptomatik feststellen können. Begleitende neurologische Ausfälle seien nicht festgestellt worden. Entsprechend seien die Diskushernie L3/4 rechts beziehungsweise der Anulus fibrosus-Riss L5/S1 links lateral auch nicht durch den Unfall vom Februar 2016 ausgelöst worden (S. 3 unten f.). Soweit Dr. Z.\_\_\_\_ die Diskushernie L3/4 rechts im Operationsbericht als posttraumatische bezeichne, habe er dies nicht nachvollziehbar begründet.

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Unfall vom Februar 2016 die Diskushernie L3/4 rechts und den Anulus fibrosus-Riss L5/S1 links weder verursacht noch ausgelöst habe (S. 4 oben).

### **E. 3.9**

Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 19. Mai 2016 (Urk. 8/29) ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 4. Februar 2016 vorerst verneint hatte, führte Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 29. Mai 2016 (Urk. 8/35/2-5) aus, er sei mit der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht einverstanden. Er kenne den Patienten seit 1999 und habe ihn damals wegen lumbaler und einmalig auch wegen thorakaler Rückenbeschwerden ambulant behandelt. Bereits 1999 hätten degenerative Veränderungen im Bereich der

unteren LWS aber vor allem auch auf Höhe L3/L4 bestanden. Der Beschwerdeführer sei bis 2001 vor allem wegen thorakaler Beschwerden behandelt worden, danach habe er ihn bis zum Unfallereignis vom 4. Februar 2016 nie mehr wegen Rückenbeschwerden in seiner Praxis gesehen (S. 1 Mitte).

Zusammenfassend habe der Beschwerdeführer durch den Sturz einen Bandscheibenvorfall erlitten, wie dies mittels MRI und CT nachgewiesen worden sei. Nach der entsprechenden Operation sei eine Beschwerdefreiheit eingetreten. Durch den Sturz liege hier ein eindeutiges Unfallereignis vor, nicht zuletzt, weil der Patient 95 kg schwer sei. Ein Unfallereignis sei zu bejahen (S. 2 Mitte, S. 3 unten f.). Insbesondere wenn, wie es beim Beschwerdeführer der Fall sei, die Bandscheibe bereits im Jahr 2001 vorgeschädigt gewesen sei, brauche es noch viel weniger ein traumatisches Ereignis, um zu einem zusätzlichen Schaden zu führen. Dass nun nach erfolgter Operation und Diskektomie die Beschwerden verschwunden seien, deute eindeutig darauf hin, dass der Bandscheibenvorfall durch den Unfall verursacht worden sei (S. 4 oben).

### **E. 3.10**

In seinem Bericht vom 1. Dezember 2016 (Urk. 8/42) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe nach dem Sturz am 4. Februar 2016 von der Treppe eine posttraumatische Diskushernie L3/4 rechtsseitig aufgewiesen. Es bestehe ein Status nach operativer Versorgung am 5. April 2016. Der Patient habe bis zum Juni 2016 noch ein Serom aufgewiesen, das ihm leichtgradige Kompressions- und Flankenschmerzen verursacht habe. Der Patient klage noch über Beschwerden bei der Rotation, was auf Höhe L3/L4 nachvollziehbar sei.

Die Reizerscheinungen ins Bein seien vollkommen verschwunden, und die Wunde sei reizlos gewesen. Es sei eine weitere Verlaufskontrolle am 28. September 2016 durchgeführt worden, und es habe sich gezeigt, dass der Patient nun in der Lage sei, zumindest spazierend eine längere Belastung auszuhalten. Er nehme auch keine Schmerzmittel ein und sei mit dem jetzigen Zustand zufrieden. Das Serom sei bei der Kontrolle weg gewesen, die Wundverhältnisse sauber, und ein Kraftunterschied sei nicht auszumachen gewesen. Der Patient habe darüber informiert, dass er ab dem 19. Juni 2016 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Eine radiologische Verlaufskontrolle respektive eine MRI-Verlaufskontrolle sei bis jetzt nicht durchgeführt worden, nicht zuletzt, da sich die Situation ja tatsächlich gebessert habe.

### **E. 3.11**

Nach Anerkennung einer weiteren Leistungspflicht (Urk. 8/39) stellte die Suva die Leistungen schliesslich per 19. Januar 2017 ein (vgl. Verfügung vom gleichen Tag, Urk. 8/44/1-2)

### **E. 4.1**

Hinsichtlich des geltend gemachten Unfallereignisses vom 28. Januar 2017 präsentiert sich die relevante Aktenlage wie folgt:

### **E. 4.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seinem Krankengeschichteintrag betreffend die Konsultation vom 6. Februar 2017 (vgl. Urk. 9/14/2-3) aus, der Beschwerdeführer leide seit einer Woche an einem Ziehen im Oberschenkel rechts nach einer akuten Lumbago (Blockade 9) damals L4-L5 mit Ganglion, alles rechts entfernt.

### **E. 4.3**

Gemäss Bagatellunfall -Meldung vom 3. März 2017 (Urk. 9/1) habe der Beschwerdeführer am

28. Januar 2017

eine Quetschung am Rücken auf der rechten Seite erlitten (Ziff. 4 und Ziff. 9). Der Unfall habe sich wie folgt zugetragen (vgl. Urk. 9/1 S. 2): «Beim Runtertragen von 6er-Pack Mineral à 1,5 l, in jeder Hand ein Pack,

wollte er mit dem Fuss die Kellertüre aufstossen. Dabei verlor er das Gleichgewicht und ist mit dem Rücken in das Türschloss geknallt. Dies hat einen heftigen Schlag in den Rücken ausgelöst mit grossen Schmerzen. Dieser Schmerz strahlte ins linke Bein. Er hatte danach Schwierigkeiten sich zu bewegen und aufzurichten».

### **E. 4.4**

PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 13. März 2017 (Urk. 9/13) nach gleichentags durchgeführtem MRI der LWS nativ aus, dieses sei bei klinisch vorhandenen Rückenschmerzen mit vermehrten Ausstrahlungen in die Beine indiziert gewesen.

In seiner Beurteilung führte PD Dr. E.\_\_\_\_ aus, es zeige sich eine Diskusextrusion L3/4 paramedian rechts mit leichter Spinalkanalstenose, leichter recessaler Stenose rechts sowie schwerer Foramenstenose rechts mit leichter Einklemmung der L3 Wurzel rechts intraforaminal. Ansonsten zeige sich keine substantielle Stenosierung oder Kompression von neurogenen Strukturen.

### **E. 4.5**

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte in seinem Kostengutsprachege such vom 15. März 2017 (Urk. 9/7) als Diagnose eine traumatische Diskushernie lateral rechts L3 mit Anhebung der Wurzel und ersuchte um Kostenübernahme für eine Operation L3/L4 rechts, Diskektomie rechts. Das Eintrittsdatum sei der 21. März 2017.

In seinem Kostengutsprachege such vom 16. März 2017 (Urk. 9/9) änderte Dr. Z.\_\_\_\_ lediglich das Eintrittsdatum, indem er den 24. März 2017 nannte.

### **E. 4.6**

In seinem Bericht vom 16. März 2017 (Urk. 9/10/2-3) nannte Dr. Z.\_\_\_\_ als Diagnose einen Status nach einer Elektrovaporisation, Diskektomie L3/4, L4/5 sowie Dekompression am 5. April 2016 (S. 1 Mitte).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, der Patient weise ein ausgedehntes Luxat lateral rechts seitig auf Höhe L3/4 auf. Es sei erstaunlich, dass es beim Patienten ein Jahr nach Elektrovaporisation und Diskektomie zu einem erneuten Vorfall gekommen sei, dies laut Patient nach einem Verhebrauma (S. 1 Mitte). Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, er sei darüber verwundert, dass, nachdem angeblich die Unfallkausalität durch die Suva schriftlich akzeptiert worden sei, man diese nun beim Rezidiv ablehne (S. 1 unten). Der Patient sei, wenn eine Unfallkausalität verneint würde, überhaupt nicht, auch nicht arbeitsmässig, versicherungsgedeckt. Damit wäre er bei der Unfallversicherung vor allem bei einem längeren Ausfall zumindest finanziell gesichert (S. 2).

### **E. 4.7**

Am 16. März 2017 (Urk. 9/11/2-3) führte der Beschwerdeführer zum Unfallhergang das Folgende aus: »Als ich vom Auto zwei Sechserpack 1.5 Liter Wasser in den Keller getragen hatte, war die Türe zum Keller nur einen Spalt offen. Ich habe dann mit dem Fuss versucht, die Kellertüre aufzustossen und bin dabei ausge rutscht, wobei es mich nach links abgedreht hat. Da der Keller eine Stufe tiefer war, hatte ich kurze Zeit keinen Halt mehr. Ich bin dann mit dem Rücken in das Metallschliessblech von der Luftschutztüre geknallt, was einen starken Schmerz auslöste, der bis ins rechte Bein ausstrahlte. Ich konnte mich nicht mehr gerade aufrichten».

Weiter führte der Beschwerdeführer aus, der Unfall habe sich am 28. Januar 2017 um etwa 11:00 Uhr zugetragen (Ziff. 1). Der erste Arztbesuch sei am 30. Januar 2017 erfolgt ( Ziff. 5). Er habe trotz starker Schmerzen immer mit einem Korsett zu 100 % gearbeitet (Ziff. 6). Die Operation bei Dr. Z.\_\_\_\_ sei am 24. März 2017 vorgesehen (Ziff. 7).

#### **E. 4.8**

Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie, führte in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2017 (Urk. 9/12) aus, es lägen keine strukturellen Läsionen am Rücken vor, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. Januar 2017 zurückzuführen seien . Im sechs Wochen nach dem Ereignis erstellten MRI seien keine frischen traumatischen Läsionen nachweisbar. Auch im Krankengeschichte- Auszug von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2017 sei kein erneutes Ereignis dokumentiert worden .

#### **E. 4.9**

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 22. März 2017 ( Urk. 9/14 /4) aus, es sei wahrscheinlich

nach einem erneuten Verhebetauma von 18 kg zu einem Rezidiv gekommen.

Der Bildvergleich zeige eindeutig, dass es an der exakt gleichen Stelle zu einem nun aber deutlich grösseren Bandscheibenvorfallrezidiv gekommen sei. Das Rezidiv sei gross und das Risiko einer Quadrizepslähmung ebenfalls, sodass man nicht allzu lange zuwarten sollte. Zum jetzigen Zeitpunkt würden für die Suva auch nicht sehr hohe Kosten generiert. Der Patient sei arbeitswillig und wolle auch weiterhin arbeitsfähig bleiben. Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, man sollte dem Patienten gegenüber kulant sein.

#### **E. 4.10**

Im Rahmen seiner Einsprache vom 7. April 2017 (Urk. 9/20) führte der Beschwerdeführer zum Unfallhergang aus, er sei beim Tragen von Getränkepackungen in den Keller gestürzt und mit dem Rücken auf das sich am Boden befindliche Schliessblech der Luftschuttkellertüre gefallen , nachdem er versucht habe, mit dem Fuss die Türe aufzustossen, wobei dieser Vorgang offenbar von seiner Ehe frau habe beobachtet werden können (S. 1).

#### **E. 4.11**

In seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 (Urk. 9/25/3-5) führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, er kenne die Suva eigentlich gut und wisse, dass wenn sie sich einmal zu einer Sache entschieden habe, wie zum Unfallereignis des Patienten, sie eigentlich auch die Kosten weiterhin trage. Umso erstaunlicher sei es, dass nun bei dieser erneuten Fehlbewegung mit zusätzlicher Gewichtsbelastung und gemäss MRI einem Rezidiv am exakt gleichen Ort, eine Leistungspflicht verneint werde, nach dem der primäre Unfall ja angenommen worden sei

(S. 1 unten).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, laut Definition der Unfallversicherung handle es sich bei dieser Fehlbewegung mit Anulus fibrosus-Riss exakt an der gleichen Stelle wie im Jahr zuvor um ein unfallähnliches Ereignis. Dieses werde gleichbehandelt wie ein Unfall (S. 2 oben).

#### **E. 4.12**

Dem vom Beschwerdeführer am 9. Mai 2017 unterzeichneten Protokoll (Urk. 9/27) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer zum Sachverhalts hergang gegenüber dem Aussendienstmitarbeiter angab, er sei nach Hause gekommen und habe zwei 6er Pack 1,5 Liter Wasser in den Händen gehalten. Diese habe er im Keller deponieren wollen. Der Zugang zum Keller führe durch eine dicke Luftschutztüre aus den 50er Jahren aus Holz. Diese habe er mit dem rechten Fuss aufstossen wollen. Er habe sich etwas nach vorne gelehnt, um den Keller raum zu betreten. Mit dem 6er Pack, das er in der rechten Hand gehalten habe, sei er hängen geblieben. Er habe dieses nach vorne gerissen und dabei den Halt verloren. Im Moment als er durch die Türe gegangen sei, habe es seinen Oberkörper im Gegenuhrzeigersinn gedreht. Mit dem Rücken habe er das Schliessblech der Luftschutztüre heftig gestreift, wodurch er nach vorne gefallen und zu Boden gestürzt sei (S. 1 Mitte).

#### **E. 4.13**

In ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 6. Juli 2017 (Urk. 9/29) führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, es sei aus medizinischer Sicht zu akzeptieren, dass es sich um eine Rezidiv-Diskushernie handle. Diese sei jedoch auf die Diskushernien-Operation vom 5. April 2016 zurückzuführen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei gemäss der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ zusammenfassend festzuhalten gewesen, dass der Unfall vom Februar 2016 weder die Diskushernie L3/4 rechts noch den Anulus fibrosus-Riss L5/S1 verursacht habe. Ebenfalls seien weder die Diskushernie L3/4 rechts noch der Anulus fibrosus-Riss L5/S1 links durch den Unfall ausgelöst worden (S. 1 Mitte).

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, im aktuellen Schadenfall sei eine wirklich chronologische zeitnahe Aufarbeitung nicht kongruent aufzunehmen. Aus medizinischer Sicht seien echtzeitlich nah dokumentierte Befunde ausschlaggebend und entsprechend der vorliegenden Kopie in der Krankenakte sei in den ersten drei Konsultationen nach dem angegebenen Ereignis von Dr. Z.\_\_\_\_ kein Ereignis dokumentiert worden. Sie halte daher an ihrer Stellungnahme fest (S. 1 unten).

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die kreisärztliche Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.8 und E. 4.13) davon aus,

dass das Unfallereignis vom 28. Januar 2017 nicht überwiegend wahrscheinlich und die Diskushernie L3/L4 durch den Unfall vom 4. Februar 2016 lediglich ausgelöst worden sei, wes halb zum Zeitpunkt der rechtskräftig verfügten Leistungseinstellung per 19. Januar 2017 der Status quo sine erreicht gewesen und keine Leistungspflicht für die Beschwerden im Zusammenhang mit der Ende Januar 2017 aufgetretenen Rezidiv-Diskushernie gegeben sei (vgl. vorstehend E. 2.1 und E. 2.3). Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, es handle sich um einen Rückfall zur Operation vom 5. April 2016. Zudem entspreche die Auslösung einer Diskushernie einer Teilursache gemäss Art 36 UVG. Er habe sowohl am 4. Februar 2016 als auch am 28. Januar 2017 einen Unfall erlitten (vgl. vorstehend E. 2.2

und E. 2.4).

## **E. 5.2**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2) ist umstritten, ob sich abgesehen von jenem Ereignis vom 4. Februar 2016 überhaupt ein weiteres Unfallereignis im Januar 2017 zugetragen hat. Abgesehen davon, dass erstaunt, dass der Unfall erst gut einen Monat später mit Bagatellunfall-Meldung vom 3. März 2017 (vgl. vorstehend E. 4.3) gemeldet wurde, fällt vorliegend ins Gewicht, dass, wie Dr. F. \_\_\_ am 22. März 2017 zu Recht bemerkte (vgl. vorstehend E. 4.8), im ersten Krankengeschichte-Eintrag von Dr. Z. \_\_\_ betreffend die Konsultation vom 6. Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 4.1)

kein Unfallereignis dokumentiert wurde. Es wurde lediglich festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit einer Woche an einem Ziehen im Oberschenkel rechts nach einer akuten Lumbago leide. Auch im Rahmen der folgenden Einträge von Dr. Z. \_\_\_ vom 9. und vom 13. Februar 2017 wurde kein Unfallereignis dokumentiert (vgl. Urk. 9/14/2). Ebenso wenig nannte PD Dr. E. \_\_\_ in seinem Bericht vom 13. März 2017 (vgl. vorstehend E. 4.4) nach durchgeführtem MRI der LWS nativ als Indikationsgrund ein Unfallereignis, sondern klinisch vorhandene Rückenschmerzen mit vermehrten Ausstrahlungen in die Beine.

Soweit Dr. Z. \_\_\_ erstmals im Rahmen seines Eintrages vom 13. März 2017 (vgl. Urk. 9/14/2) ein Unfallereignis erwähnt, welches er in seinen Berichten vom 16. und 22. März 2017 (vgl. vorstehend E. 4.6 und E. 4.9) dann als Verhebetauma bezeichnete, ist zu beachten, dass die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxisgemäss in der Regel auf die «Aussagen der ersten Stunde» abstellen, denen in beweismässiger 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).

Dass vorliegend bei Dr. Z. \_\_\_ auch Überlegungen versicherungsrechtlicher Art mit eingeflossen sind, ergibt sich klar aus seinem Bericht vom 16. März 2017 (vgl. vorstehend E. 4.6), wo er ausführte, dass, sofern die Unfallkausalität verneint würde, versicherungsmässig für den Arbeitsausfall keine Deckung bestehen würde.

Weiter zeigten sich auch hinsichtlich der Schilderung des Unfallherganges Ungereimtheiten. So wurde in der Bagatellunfall-Meldung vom 3. März 2017 noch kein Sturz erwähnt und ausgeführt, der Beschwerdeführer habe das Gleichgewicht verloren und sei mit dem Rücken in das Türschloss geknallt (vgl. vorstehend E. 4.3). Dr. Z. \_\_\_ berichtete dann lediglich von einem Verhebetauma (vgl. vorstehend E. 4.6, E. 4.9). Der Beschwerdeführer selbst nannte in seiner Unfallhergangsbeschreibung vom 16. März 2017 (vgl. vorstehend E. 4.7) kein Sturzereignis. Im Rahmen der Einsprache vom 7. April 2017 wurde ausgeführt, er sei in den Keller gestürzt und mit dem Rücken auf das sich am Boden befindliche Schliessblech der Luftschutzkellertüre gefallen (vgl. vorstehend E. 4.10). Nach Befragung durch den Aussendienstmitarbeiter führte der Beschwerdeführer in seinem am 9. Mai 2017 unterzeichneten Protokoll schliesslich aus, er habe das Schliessblech der Luftschutzkellertüre heftig gestreift und sei nach vorne gefallen und zu Boden gestürzt (vgl. vorstehend E. 4.12).

Ungereimtheiten bestanden sodann auch betreffend eine allfällige Erstkonsultation. So führte der Beschwerdeführer am 16. März 2017 aus, die Erstkonsultation eines Arztes habe

am 30. Januar 2017 stattgefunden (vgl. vorstehend E. 4.7). Diese Aussage relativierte er im Rahmen der Befragung durch den Aussendienstmitarbeiter am 26. April 2017 und gab an, er könne nicht mit Sicherheit sagen, dass er am 31. Januar 2017 beim Arzt gewesen sei. Nach Telefonat vom 9. Mai 2017 bestätigte der Beschwerdeführer schliesslich, dass der erste Arztbesuch am 6. Februar 2017 gewesen sei (vgl. Urk. 9/27 S. 2).

Zusammenfassend erweist es sich insbesondere in Anbetracht der fehlenden zeitnahen ärztlichen Angaben zu einem allfälligen Unfallereignis sowie angesichts der Differenzen in der Unfallhergangsschilderung als nicht überwiegend wahr scheinlich, dass sich am 28. Januar 2017 ein Unfallereignis tatsächlich zugetragen hat.

### **E. 5.3**

Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 13. März 2017 wurde eine Diskushernie L3/4 paramedian rechts mit leichter Spinalkanalstenose, leichter recessaler Stenose sowie schwerer Foramenstenose rechts mit leichter Einklemmung der L3 Wurzel rechts intraforaminal festgestellt (vgl. vorstehend E. 4.4). Dr. F.\_\_\_\_ war in ihrer Beurteilung vom 6. Juli 2017 (vgl. vorstehend E. 4.13) mit Dr. Z.\_\_\_\_ einig, dass es sich dabei um eine Rezidiv-Diskushernie handelte.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist jedoch ein Rezidiv einer Diskushernie aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht nicht gleichbedeutend mit einem Rückfall im Sinne des UVG. So bedeutet Rezidiv lediglich, dass es nach einer Bandscheibenoperation an der gleichen Stelle erneut zu einem Bandscheibenvorfall gekommen ist; über die Ursache dieses Rezidivs wird damit nichts gesagt.

Weiter ist insbesondere auch im Hinblick auf die Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 16. März 2017 und in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 (vgl. vorstehend E. 4.6 und E. 4.11) darauf hinzuweisen, dass der Unfallversicherer nicht auf die Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhanges beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf - bei Verschlimmerung oder Manifestation eines krankhaften Vorzustandes mit Erreichen des Status quo ante oder Status quo sine (vgl. vorstehend E. 1.3, Urteil des Bundesgerichts U 60/02 vom 18. September 2002 E.

### **E. 5.4**

Zum Unfallereignis vom 4. Februar 2016 wurde in der Schadenmeldung vom 8. Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.2) ausgeführt, dass der Beschwerdeführer beim Treppenherunterlaufen ausgerutscht sei, sich jedoch an der Wand gerade noch habe auffangen können. Beim Aufrichten habe er einen Knacks in den Lendenwirbeln verspürt, worauf er sich nicht mehr gerade habe aufrichten können.

Vorliegend fehlt es dem Unfallereignis vom 4. Februar 2016 an der rechtsprechungsgemäss geforderten besonderen Schwere, welche geeignet wäre, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und bei welchem die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen hätte (vgl. vorstehend E. 1.4).

Allfällige Unfallfolgen konnten denn auch nicht im MRI der LWS vom 9. Februar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.3) oder im CT der LWS vom 14. März 2016 (vgl. vorstehend E. 3.5) objektiviert werden. Vielmehr zeigten sich ausschliesslich degenerative Befunde. Daran ändert nichts, dass Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Operationsbericht vom 5. April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.7) und in den nachfolgenden Berichten von einer posttraumatischen

Diskushernie L3/L4 sprach (vgl. vorstehend E. 3.9-10). So mangelt es an einer schlüssigen Begründung hierfür. Namentlich vermag das in seinem Bericht vom 29. Mai 2016 (vgl. vorstehend E. 3.9) von Dr. Z.\_\_\_\_ vorgebrachte Argument, dass nach der Operation und Diskektomie eine Beschwerdefreiheit eingetreten sei, nicht zu überzeugen. Dagegen lässt sich bereits dem Operationsbericht vom 5. April 2016 entnehmen, dass degenerative Veränderungen im Segment L3/L4 bereits im Jahr 1999 dokumentiert worden seien. Auch in seinem Bericht vom 29. Mai 2016 bestätigte Dr. Z.\_\_\_\_ bereits seit 1999 bestehende degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS, vor allem auf der Höhe L3/L4 und eine bereits seit dem Jahr 2001 vorgeschädigte Bandscheibe.

Aufgrund des Gesagten ist demnach die von Kreisärztin Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 3. Mai 2016 (vgl. vorstehend E. 3.8) getroffene Einschätzung, dass der Unfall vom 4. Februar 2016 weder die Diskushernie L3/L4 rechts noch den Anulus fibrosus-Riss L5/S1 links verursacht habe, nicht zu beanstanden.

Bei dem ersten Unfallereignis vom 4. Februar 2016 handelt es sich um einen Anwendungsfall, bei welchem ein degenerativer Vorzustand durch das als nicht schwer einzustufende Unfallereignis lediglich aktiviert wurde und bei dem der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den daraus folgenden Beschwerden nur für einen begrenzten Zeitraum bejaht werden kann, indem die Beschwerdegegnerin lediglich für das durch den Unfall vorübergehend ausgelöste Schmerzsyndrom eine Leistungspflicht trifft (vgl. vorstehend E. 1.5).

In der Konsequenz dazu, dass, wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 1.5), eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten respektive maximal nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist, Dr. Z.\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht vom 29. Mai 2016 von Beschwerdefreiheit sprach (vgl. vorstehend E. 3.9) und gemäss Krankengeschichte-Eintrag vom 30. November 2016 ausführte, es gehe dem Patienten sehr gut und dieser sei ab 19. Juni 2016 wieder voll arbeitsfähig gewesen (vgl. Urk. 9/14/2, vgl. auch vorstehend E. 3.10), verfügte die Beschwerdegegnerin zu Recht die Leistungseinstellung per 19. Januar 2017 (vgl. Urk. 8/44/1-2). Demnach ist die durch das Ereignis vom 4. Februar 2016 erfolgte vorübergehende Aktivierung des degenerativen Vorzustandes zu diesem Zeitpunkt als abgeschlossen zu betrachten.

Für das nach Einstellung der Leistungen aufgetretene Rezidiv besteht demnach keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

### **E. 5.5**

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

### **E. 6**

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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  
Mosimann  
Schucan

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