

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00009

vom 15. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00009

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00009 du 15 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00009 del 15 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, war seit März 2013 bei der Y.____ AG als Chauffeur tätig und damit bei der CSS Versicherung AG (nach folgend CSS) versichert, als er am 30. Januar 2017 beim Laden der Ware auf der Hebebühne ausrutschte und stürzte und sich dabei am Rücken verletzte (Urk. 7/1).

Nach getätigten Abklärungen stellte die CSS die bis dahin erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 27. September 2017 (Urk. 7/66)

per 30. September 2017 ein. Die vom Versicherten am 18. Oktober 2017 erhobene und am 29. November 2017 ergänzte Einsprache (Urk. 7/70/3-4 = Urk. 7/71/1-2; Urk. 7/72 = Urk. 3) wies die CSS mit Entscheid vom 18. Dezember 2017 (Urk. 7/73 = Urk. 2) ab.

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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit

Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles 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

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).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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 versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungssträger 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 versicherungsinternen 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). 2.

E. 2

Ziff. 1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2018 (Urk.

E. 2.1

Im angefochtenen

Einspracheentscheid (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, dass gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung das Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des ausgeprägten degenerativen Vorzustandes der Lendenwirbelsäule (LWS) im Sinne eines symptomatisch werdens der osteochondrotischen Wirbel und arthrotischen Veränderungen geführt habe. Im natürlichen Verlauf sei unter Beachtung der fortgeschrittenen degenerativen Veränderung davon auszugehen, dass nach spätestens sechs Wochen der Vorzustand erreicht worden sei. Die anschliessenden Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal, sondern aufgrund des degenerativen Vorzustandes erklärbar. Die Leistungseinstellung rund acht Monate nach dem Ereignis per 30. September 2017 sei gestützt auf die einleuchtend begründeten kreisärztlichen Ausführungen und die höchst richterlich anerkannte medizinische Erfahrungstatsache, wonach eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten abgeschlossen sei, nicht zu beanstanden (S. 3 f. Ziff. 2.3).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) grundsätzlich fest.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin seinen altersentsprechend verfrühten degenerativen Vorzustand nicht berücksichtigt habe (S. 4 Rz 5). Die mannigfaltige erhebliche Veränderung im Bereich der LWS könne nicht mit einer statistischen Grösse als nach einer gewissen Zeit ausschliesslich vorherrschend und damit verantwortlich für die anhaltenden Schmerzen seit dem Unfall angegeben werden. Wie nachhaltig eine Verletzung durch ein Trauma das vorbestehende Beschwerdebild beeinflussen könne, sei ausschliesslich über das beantragte orthopädische/neurologische/rheumatologische Gutachten klärbar. Bis dieses vorliege, habe die von der Beschwerdegegnerin anhand des aktenmässigen Kreisarztberichtes dekretierte Terminierung der Unfallfolgen als medizinisch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgestützt und damit als unbewiesen zu gelten (S. 4 f. Rz 6).

3. 3.1

Der Unfallmeldung vom 3. Februar 2017 (Urk. 7/1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 30. Januar 2017 während der Arbeit beim Laden der Ware auf der Hebebühne ausrutschte und stürzte und sich dabei am Rücken verletzte. 3.2

Am 2. Februar 2017 berichtete Dr. med. Z.____, Facharzt für Radiologie, über die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Oberschenkels (Urk. 7/8), wonach sich eine Flüssigkeitseinlagerung im Subkutangewebe und im Musculus gluteus

zeige. Es bestehe kein Nachweis eines Muskelfaserrisses, einer Raumforderung oder einer Blutung. 3.3

Gleichen Tags berichtete Dr. Z.____ über die ebenfalls am 2.

Februar 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS (Urk. 7/9), wonach sich eine partiell floride

Osteochondrose bei LWK 4/5, zusätzlich links betonte subligamentäre

Protrusion bei LWK 5/S1, Bandscheibenfach Höhenminderung mit ausgeprägterer linksbetonter, aktuell aber nicht florider

Osteochondrose zeige. In den Segmenten LWK 3/4, LWK 4/5 und LWK 5/S1 zeige sich ein Nachweis ausgeprägter degenerativer Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke mit ergussbetontem Segment LWK 3/4 und LWK 4/5. 3.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 15. Februar 2017 (Urk. 7/35) ein posttraumatisches, lumboradikulares Schmerzsyndrom links bei Status nach Sturz aufs Gesäss am 30. Januar 2017 als Diagnose (S. 1 Mitte) und führte aus, dass die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel ergeben habe. Der Status an den unteren Extremitäten sei unauffällig, ebenso die durchgeführten EMG-(Elektromyographie) Untersuchungen. Es werde eine Physiotherapie eingeleitet (S. 2 Mitte). 3.5

Dr. med. B.____ berichtete am 21. Februar 2017 (Urk. 7/16) über die Erstbehandlung des Beschwerdeführers am 31. Januar 2017 und führte aus, dass er während der Arbeit eine Lumbago erlitten habe. Vorher habe er nicht über Rückenschmerzen geklagt. Vom

31. Januar bis zum 10. April 2017 liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

3.6

PD Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 6. April 2017 (Urk. 7/38) über die gleichentags erfolgte erstmalige Behandlung des Beschwerdeführers und führte aus, dass der Beschwerdeführer am 30. Januar 2017 bei seiner Tätigkeit als Chauffeur bei einer Verladetätigkeit unvermittelt auf den Rücken und auf das Gesäss gefallen sei und seither

starke lumboschialgieforme Beschwerden habe. Die Beschwerden seien primär im Bereich des Rückens und im Bereich der linken Oberschenkel-Ventral-Seite gewesen, im weiteren Verlauf sei es dann auch zu einer massiven Ausstrahlung gekommen in das linke Bein. Die durchgeführte Kernspintomographie (vgl. vorstehend E. 3.3) zeige diskopathische Veränderungen in den unteren drei Bewegungssegmenten. Durch den Unfallmechanismus sei es durchaus denkbar, dass es beim Unfall zu einer Kompression der tieflumbalen bzw. sakralen Nervenwurzeln gekommen sei, welche durch die Hyperlordosierung der LWS bedingt gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. 3.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 5. Mai 2017 über die am 4. Mai 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS und des Iliosakralgelenks

(ISG ; Urk. 7/37 = Urk. 7/41), wonach eine flache breitbasige Diskushernie LWK

3/4 und geringe aktivierte Facettengelenksarthrose links betont beidseits ohne signifikante Stenose oder Hinweis auf Wurzelkompression, eine Osteochondrose

Modic Typ II LWK

4/5 und geringe breitbasige

Diskusprotrusion und beginnende aktivierte Facettengelenksarthrose beidseits mit geringerer rezessaler Tangierung der Wurzel L5 links ohne Kompression im Liegen, eine Osteochondrose

Modic Typ II LWK 5/ SWK 1 und breitbasige geringe rechts betonte flache Diskushernie und beginnende Facettengelenksarthrose beidseits ohne signifikante Stenose oder Hinweis auf Nervenwurzelkompression vorliege. Ein Hinweis auf Frakturen liege hingegen nicht vor. 3.8

PD Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 9. Mai 2017 (Urk. 7/39) aus, dass er beim Beschwerdeführer bisher zweimalig eine schmerztherapeutische Intervention durchgeführt habe. Bei nur leichter Beschwerdelinderung sei eine erneute MRI-Untersuchung durchgeführt worden (vgl. vorstehend E. 3.7).

3.9

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 10. Mai 2017 (Urk. 7/32) ein bis anhin therapieresistentes, posttraumatisches, lumboradikuläres Schmerzsyndrom links mit neu sensiblen Ausfällen L5/S1 links bei Status nach Sturz aufs Gesäss am 30. Januar 2017 als Diagnose. Am 6. April 2017 habe der Beschwerdeführer eine Infiltration in den LWS-Bereich erhalten, danach hätten die lumbalen Schmerzen zugenommen und es komme seither auch zu vermehrten Schmerzausstrahlungen ins linke Bein. Eine zweite Infiltration sei am 3. Mai 2017 erfolgt, diesmal lumbal links und ohne Besserung der Beschwerden

(S. 1). Beim Beschwerdeführer zeige sich ein progredienter Verlauf der lumboradikulären Beschwerden links. Im Status bestünden nun sensible Ausfälle in den Dermatomen L5 und S1 links. Motorisch bestehe eine leichte Schwäche für die Heber- und Senkerfunktion des linken Fusses, möglich auch als Folge einer leichten Schmerzhemmung. Ansonsten sei der neurologische Befund unauffällig, mit symmetrischen Beineigenreflexen. Auch die durchgeführten EMG-Untersuchungen seien normal, sodass eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel nicht anzunehmen sei. Es werde eine intensive Physiotherapie empfohlen (S. 2). 3.10

Die Ärzte der Klinik E.____, Muskulo -Skelettal Zentrum, Wirbelsäulen chirurgie und Neurochirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 9. Juni 2017 (Urk. 7/ 55) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach Sturz am 30. Januar 2017 - ischialgieformen Schmerzen im Dermatome L5 links - multisegmentale degenerative Veränderungen L3 bis S1 - Osteochondrose Typ Modic II LWK

4/5 und LWK

5/SWK

1 - Spondylarthrose mit Erguss im Fazettengelenk

LWK

3/4, LWK

4/5 und LWK

5/SWK

1 - breitbasige

Diskusprotrusion mit möglicher rezessaler Tangierung der Wurzel L5 links - Diskopathie

LWK

3/4 und LWK

5/ SWK

1 mit breitbasiger

Diskus protrusion ohne Hinweise auf Nervenwurzelkompression

Anlässlich der MRI-Untersuchung vom

2. Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.3) habe sich eine altersuntypische multisegmentale degenerative Veränderung in den Segmenten L3 bis S1 gezeigt. Eine zusätzliche neurologische Vorstellung bei Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3. 4) habe einen regelrechten EMG-Befund ohne Hinweis auf eine relevante neurologische Läsion erbracht. Auch das erneute Anfertigen eines MRI (vgl. vorstehend E. 3.7) habe keine wesentlichen Befundänderungen gezeigt (S. 1 unten f.). Die vom Beschwerdeführer geschilderten lumbalen Schmerzen seien am ehesten auf die osteochondrischen Veränderungen in den Etagen LWK

4/5 und LWK

5/SWK

1 zurückzuführen. Die radikuläre Symptomatik werde auf eine Wurzelreizung L5 links zurückgeführt. Eine relevante Neurokompression zeige sich in den MRI-Befunden jedoch nicht. Mit dem Beschwerdeführer sei vereinbart worden, als nächsten Schritt eine Sakralblockinfiltration durchzuführen (S. 2 unten). 3.11

Die Ärzte der

Klinik E.____, Muskulo-Skelettal Zentrum, Neurologie, nannten in ihrem Bericht vom 19. Juli 2017 (Urk. 7/59) folgende Diagnosen:

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit links-cruraler Ausstrahlung - a namnestisch seit Sturz am 30. Januar 2017 - MRI LWS 4. Mai 2017: Osteochondrose

LWK

4/5 und LWK

5/ SWK

1, Spondylarthrosen der Segmente LWK

3/4, LWK

4/5 und LWK

5/ SWK

1, Diskopathie

LWK

4/5 ohne Wurzelkompression - Röntgen LWK

ap /seitlich und Funktionsaufnahme n 8. Juni 2017: regelrechtes Alignment ohne erkennbare Frakturen oder Instabilitäten, diskrete Höhenminderung der Bandscheibenfächer L3-S1

In der klinischen Untersuchung habe sich eine Schwäche für die Kernmuskulatur L5 und S1 links gezeigt, welche bei allerdings deutlich sakkadierter Kraftentwicklung und normalem EMG nicht neurogenen Ursprungs zu werten sei. Das MRI zeige degenerative Veränderungen der kaudalen LWS, eine relevante Nervenkompression zeige sich nicht. Insgesamt könnten die erhobenen Befunde das ausgeprägte Leiden des Beschwerdeführers nicht erklären. Bei ausgeschöpften Therapieansätzen im ambulanten Bereich werde zur Vermeidung einer Chronifizierung eine stationäre Rehabilitation empfohlen (S. 2 unten). 3.12

Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Beurteilung vom 24. August

2017 (Urk. 7/61) aus, dass sich nach Durchsicht der Akten keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Läsionen zeigen würden,

allerdingst bestünden ausgeprägte degenerative Vorzustände. Dies werde auch in den Beurteilungen der Radiologen bestätigt, eine unfallbedingte strukturelle Läsion werde nicht genannt. Es sei durch das Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des ausgeprägten degenerativen Vorzustandes der LWS im Sinne eines symptomatisch Werdens der osteochondrotischen Wirbel und arthrotischen Veränderungen der Facettengelenke gekommen. Im natürlichen Verlauf sei

unter Beachtung der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen davon auszugehen, dass nach spätestens sechs Wochen der Vorzustand erreicht worden sei. Die anschliessenden Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal, sondern aufgrund des degenerativen Vorzustandes erklärbar (S. 2 unten f.). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer erlitt unbestrittenermassen am 30. Januar 2017 einen Unfall am Arbeitsplatz, als er beim Laden der Ware auf der Hebebühne ausrutschte und stürzte und sich dabei am Rücken verletzte (vgl. vorstehend E. 3.1, E. 3.4-3.6, E. 3.9-3.11 ; vgl. auch Urk. 1 S. 3 Rz 4). Strittig und zu prüfen ist, ob für die noch vorhandenen Beschwerden des Beschwerdeführers auch nach dem 30. September 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Unfallereignis vom 30. Januar 2017 ursächlich ist, oder ob der natürliche Kausalzusammenhang infolge Erreichens des Status quo sine dahingefallen ist. 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die kreisärztliche Beurteilung durch Dr. F.____ vom August 2017 (vorstehend E. 3.12) für die streitigen Belange umfassend ist und die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers sowie die medizinischen Vorakten berücksichtigt. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. vorstehend E. 1.4-1.5).

Kreisarzt Dr. F.____

hielt fest , dass keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Läsionen vorlägen, jedoch ausgeprägte degenerative Vorzustände bestünden (vorstehend E. 3.12). Dabei stützte er sich insbesondere auf die beiden MRI-Bildgebungen der LWS und des ISG vom Februar 2017 (vorstehend E. 3.3) und Mai 2017 (vorstehend E. 3.7), wonach ausgeprägte degenerative Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke mit ergussbetontem Segment LWK 3/4 und LWK 4/5 vorlägen . Auch PD Dr. C.____ und die Ärzte des Muskulo-Skelettal Zentrums der Klinik E.____ sprachen gestützt auf die MRI-Bildgebung von degenerativen Veränderungen der LWS (vorstehend E. 3.6, E. 3.10-3.11). Eine unfallbedingte strukturelle Läsion nannten die beiden Radiologen Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.3) und Dr. D.____ (vorstehend E. 3.7) nicht. Zudem kam der behandelnde Neurologe Dr. A.____ zum Schluss, dass gestützt auf

die neurologische Untersuchung nicht von einer relevanten Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel auszugehen sei (vorstehend E. 3.4 , E. 3.9) .

Nach dem Gesagten legte Kreisarzt Dr. F.____ in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar , dass es durch das Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des ausgeprägten degenerativen Vorzustandes der LWS im Sinne eines symptomatischen Werdens der osteochondrotischen Wirbel und arthrotischen Veränderungen der Facettengelenke gekommen sei . Im natürlichen Verlauf sei unter Beachtung der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen davon auszugehen, dass nach spätestens sechs Wochen der Vorzustand erreicht worden sei. Die anschliessenden Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal, sondern aufgrund des degenerativen Vorzustandes erklärbar (vorstehend E. 3.12).

Die Einschätzung von Kreisarzt Dr. F.____ steht insbesondere auch im Einklang mit der höchststrichterlich anerkannten medizinischen Erfahrungstatsache, wonach im Bereich des Unfallversicherungsrechts 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 auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Ist die Diskushernie, wie vorliegend, bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat sie nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.3). 4.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, die Beschwerdegegnerin habe seinen alters entsprechend verfrühten degenerativen Vorzustand nicht berücksichtigt (vorstehend E. 2.2). Die bei ihm bestehende breitbasige Diskushernie LWK

3/4, Osteochondrose

LWK

4/5 mit geringer breitbasiger

Diskusprotrusion und geringer möglicher rezessaler Tangierung der Wurzel L5 links sowie Osteochondrose

LWK

5/ SWK 1 bei beginnender Facettengelenksarthrose habe aufgrund des bis zum Unfall ausbalancierten Muskelgefüges bis zum Unfall keine nennenswerten Beschwerden verursacht, obwohl dies anzunehmen gewesen wäre. Durch die nun mit dem Unfall bewirkte Ausschaltung des kräftigen Musculus

gluteus links und damit bewirkte Asymmetrie im Wirbelsäulenbereich sei der - bei normaler, alters bedingt nicht zu erwartenden Vorzuständen nicht geeignete - Sturz nun aber tatsächlich der «Trigger» gewesen, um den Vorzustand auf Dauer symptomatisch werden zu lassen, entsprechend der anhaltenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 4 Rz 5). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass eine Verschlimmerung bzw. Auslösung des ausgeprägten degenerativen Vorzustandes der LWS im Sinne eines symptomatisch Werdens der osteochondrotischen Wirbel und arthrotischen Veränderungen von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten wird, sondern unter Bezugnahme auf die kreisärztliche Beurteilung und die höchstrichterliche Rechtsprechung zu degenerativen Vorzuständen im Bereich der Wirbelsäule berücksichtigt wurde (vorstehend E. 2.1; vgl. auch Urk. 6 S. 3). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich demnach als unbegründet.

Zudem machte der Beschwerdeführer geltend, bei lumbospondylogenen Vorzuständen, Osteochondrosen und Diskushernien, insbesondere auch Facettengelenkarthrosen bewirke deren Aktivierung neurophysiologische Störungen mit anschließender Chronifizierung des erstmals aufgetretenen Schmerzsyndroms. Diese Schmerzen könnten mit dem vorliegenden bildgebenden Verfahren der Neurologie nicht abschliessend erhoben werden, da sich dort in der Regel keine Hinweise für radikuläre Komponenten finden lassen würden. Eine erhebliche, seit der Jugend vorgeschädigte Struktur wie bei ihm sei nach dem Aufprall auf diese Beschwerdebereiche, insbesondere mit der Ausschaltung des zuvor stabilisierenden Musculus

gluteus im Gesäss, ohne Weiteres geeignet, diese Schmerzen zu chronifizieren. Im Gegensatz zur Auffassung des Kreisarztes könne die mannigfaltige erhebliche Veränderung im Bereich der LWS nicht mit einer statistischen Grösse als nach einer gewissen Zeit ausschliesslich vorherrschend und damit verantwortlich für die anhaltenden Schmerzen seit dem Unfall angegeben werden. Wie nachhaltig eine Verletzung durch ein Trauma das vorbestehende Beschwerdebild beeinflussen könne, sei ausschliesslich über das beantragte orthopädische/neurologische/rheumatologische Gutachten klärbar (Urk. 1 S. 4 f. Rz 6; vgl. vorstehend E. 2.2). Weshalb nicht auf die nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung des Kreisarztes Dr. F.____ abgestellt werden sollte, legte der Beschwerdeführer weder gestützt auf anderslautende fachärztliche Berichte dar, noch sind solche Berichte aktenkundig. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich demnach ebenfalls als unbegründet und vermag die kreisärztliche Beurteilung von Dr. F.____ nicht umzustossen. 4.4

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. F.____ abgestellt, wonach das Unfallereignis vom 30. Januar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des ausgeprägten degenerativen Vorzustandes der LWS im Sinne eines symptomatisch Werdens der osteochondrotischen Wirbel und arthrotischen Veränderungen der Facettengelenke geführt habe, der Vorzustand im natürlichen Verlauf unter Beachtung der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen nach spätestens sechs Wochen wieder erreicht gewesen sei und die anschließenden Beschwerden deshalb überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal, sondern aufgrund des degenerativen Vorzustandes erklärbar seien.

Demnach ist - auch unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu degenerativen Vorzuständen im Bereich der Wirbelsäule

nicht - zu bestanden, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen acht Monate nach dem Ereignis per 30. September 2017 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich daher als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - CSS Versicherung AG
- Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannPeter-Schwarzenberger

E. 6

) beantragte die CSS die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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