

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00052**

## **vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00052](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00052)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00052 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00052 del 6 marzo 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1982, war im Rahmen einer vom 1. Januar bis

##### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) wer den 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 zurück zu führen 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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

### **E. 1.3**

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 Dahin fallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloss e 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**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit

bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid ( Urk. 2) damit, dass auf die kreisärztliche Einschätzung vom 12. September 2017 abgestellt werden könne. Der mechanische Impact auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule ( LWS )

sei bei einem Sturz aus Standhöhe nur gering gewesen. Unter der Annahme einer geeigneten konservativen Therapie liege im Hinblick auf das traumatologische Fachgebiet nach drei Monaten ein stabiler Gesundheitszustand vor - bei der diagnostizierten Kontusion im oberen Sprunggelenk

( OSG ) -Bereich sei dieser nach zwei Wochen erreicht gewesen.

Es wäre auch in Ordnung gegangen, wenn bereits für die rückfallweise gemeldete Arbeitsaussetzung ab dem

5. Juni 2017 wegen Rückenbeschwerden keine Leistungen mehr ausgerichtet worden wären. Bei diesem krankhaften Rückenleiden handle es sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um die Folge des banalen Sturzereignisses vom Februar 2017 (S. 5 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, er leide an einem lumboradikulären Schmerzsyndrom, welchem eine breitbasige Diskushernie L4/5 (Bandscheibenvorfall) zu Grunde liege (S. 3 II. Ziff. 1). Auch ein leichter Sturz könne die Wirbelsäule beschädigen. Es sei auch nachvollziehbar, dass sich die Beschwerden erst später so gravierend manifestiert hätten. Die meisten Arbeitnehmer - wozu auch er gehöre - gingen erst einmal davon aus, dass nichts «Schlimmes» passiert sei und wollten sich nach einem Unfall möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess integrieren. Erst wenn darauf die Schmerzen unerträglich würden, nähmen sie in Kauf, die Arbeit niederzulegen (S.

3 f. Ziff. 2). Auf die kreisärztliche Einschätzung könne nicht abgestellt werden. Vielmehr sei im Bericht der A. \_\_\_ festgestellt worden, dass der Anulus - fibrosus -Riss L4/5 auf ein Anpralltrauma zurückzuführen sei, und sein Hausarzt habe bestätigt, dass die Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien (S. 3 f. Ziff. 3). Vor dem Unfallereignis habe er keinerlei Vorbelastung und keinen degenerativen Vorzustand im Rückenbereich gehabt. Er habe nie Rückenschmerzen gehabt. Sein Hausarzt habe auch keinen degenerativen Vorzustand festgestellt (S. 5 f. Ziff. 4). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer noch geklagten Rückenbeschwerden auf den Unfall vom 9. Februar 2017 zurückzuführen sind und ob die

Beschwerdegegnerin hierfür eine Leistungspflicht trifft. 3.

### **E. 3**

0. Juni

2017 dauernden Temporäranstellung als Mitarbeiter Produktion bei der Y.\_\_\_\_ angestellt und damit bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er

gemäss

Schadenmeldung vom 17. Februar 2017 am

9. Februar 2017 einen Berufsunfall erlitt,

wobei er sich eine Quetschung am rechten Unterschenkel zuzog (vgl.

Urk.

8/1 Ziff. 4, Ziff. 9 und S. 2). Die erstbehandelnden Ärztinnen des Z.\_\_\_\_

diagnostizierten nach der am Unfalltag erfolgten Notfallbehandlung eine Kontusion des rechten oberen Sprunggelenkes (OSG), eine Thoraxkontusion und eine Kontusion am rechten Oberarm (vgl. Urk. 8/18 S. 2). Ab dem 9. Februar 2017 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl.

Urk. 8/6/2-3, Urk. 8/7/3, Urk.

8/10/4). Die Suva anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht. Ab dem 13.

März 2017 bestand wieder eine Teilarbeitsfähigkeit und ab

5. April 2017 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/10/2-3, Urk. 8/17).

Am 14. Juni 2017 wurde der Suva telefonisch erneut eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten gemeldet (vgl. Urk. 8/20).

Mit Schadenmeldung vom 5. Juli 2017 wurde bei unveränderter Unfallhergangsschilderung nun im Sinne eines seit dem 5. Juni 2017 bestehenden Rückfalls ausgeführt, der Versicherte leide an wie der kehrenden Rückenschmerzen (vgl. Urk. 8/28 Ziff.

#### **E. 3.1**

Die erstbehandelnden Ärztinnen des Z.\_\_\_\_

nannten in ihrem Austrittsbericht vom 10. Februar 2017 (Urk. 8/18) als Diagnose eine Kontusion des OSG rechts, eine Thoraxkontusion sowie eine Kontusion des rechten Oberarms (S.

2).

Die Ärztinnen führten aus, dass am 9. Februar 2017 aufgrund von Schmerzen im rechten Fuss nach einem Unfall mit einem Paketwagen eine notfallmässige Einweisung des Patienten mit der Ambulanz erfolgt sei. Der Patient arbeite bei der Y.\_\_\_\_ und sei im Schrittempo von einem Paketwagen angefahren worden. Es habe kein Kopf anprall stattgefunden. Der Wagen habe ihn vor allem am rechten Fuss angefahren. Danach habe er sich auf den Boden gesetzt, da ihm leicht schwarz vor Augen geworden sei. Beim Eintreffen der Ambulanz sei der Patient deutlich verängstigt gewesen und habe hyperventiliert sowie über ein Kribbeln im Mundbereich sowie eine Tetanie beider Arme und Hände berichtet. Initial habe der Patient über Schmerzen im Bereich der gesamten

rechten Körperhälfte berichtet. Nach Analgesie seien hauptsächlich Schmerzen im rechten OSG angegeben worden (S. 1 Mitte).

Zum Befund führten die Ärztinnen aus, die Wirbelsäule sei klopfindolent und die Halswirbelsäule (HWS) frei beweglich. Es zeige sich eine leichte Druckdolenz über dem rechtslateralen Thorax. Thorax und Becken seien stabil. Weiter zeige sich eine minimale Druckdolenz über dem distalen Humerus, die Schulter und der Ellbogen seien frei beweglich. Am OSG rechts zeige sich eine minimale Schwellung und eine Prellmarke im Bereich des Malleolus

lateralis mit Druckdolenz ebendort. Der rechte Fuss sowie die hohe Fibula seien druckindolent (S. 1 unten).

Die Ärztinnen führten aus, konventionell radiologisch habe eine Fraktur ausgeschlossen werden können. Aufgrund der unauffälligen Befunde habe der Beschwerdeführer in gutem Zustand nach Hause entlassen werden können. Bis zum 12. Februar 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

### **E. 3.2**

Gemäss der Schadenmeldung vom 17. Februar 2017 (Urk. 8/1) erlitt der Beschwerdeführer am 9. Februar 2017 eine Quetschung des rechten Unterschenkels (vgl. Ziff.

### **E. 3.3**

In ihrem Bericht zum Arbeitsunfall vom 2. Mai 2017 (Urk. 8/24) führte die Kantonspolizei Zürich hinsichtlich des Unfallereignisses vom 9. Februar 2017 aus, bei der Örtlichkeit handle es sich um eine Paketumladestation der Y.\_\_\_\_. Des Weiteren werde auf die gesicherten Videoaufzeichnungen verwiesen.

Der Beschwerdeführer sei dabei gewesen, Paketwagen voneinander abzukoppeln. In dem Moment, als er die Kupplung eines Wagens gelöst habe, sei hinter der Wagenkolonne, an welcher er gearbeitet habe, ein weiterer Wagenzug mit einer Geschwindigkeit von 1-3 km/h vorbeigefahren. Durch das Abkoppeln und infolge dessen, dass ein weiterer Mitarbeiter am hinter dem Beschwerdeführer stehenden Wagen leicht gezogen habe, sei dieser Wagen nicht mehr parallel zur Wagenkolonne gestanden und dessen rechtes Heck sei so vom dahinter vorbeifahrenden Wagenzug erfasst worden. In der Folge sei der erfasste Wagen nach vorne geschoben worden, wobei sich der Beschwerdeführer für kurze Zeit (0.5

1 Sekunde) zwischen den beiden, durch ihn zuvor voneinandergekoppelten Wagen befunden habe. Der Beschwerdeführer sei zur Seite gesprungen und am Boden zu liegen gekommen. Bei der Kollision habe er leicht mit seinem rechten Bein/Fuss die Kupplung touchiert (vgl. S. 3 oben).

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Z.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 5. Juni 2017 (Urk. 8/21) als Diagnose ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom am ehesten rechts betont. Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe sich am 5. Juni 2017 in der ambulanten Sprechstunde vorgestellt, da er seit dem Unfall im Februar 2017 wiederkehrende Schmerzen im Rücken habe.

### **E. 3.5**

In der Schadenmeldung vom 5. Juli 2017 (Urk. 8/28) wurde bei im Vergleich zur Schadenmeldung vom 17. Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.2) gleicher Sachverhaltsschilderung ausgeführt, der Beschwerdeführer habe am 5. Juni 2017 einen Rückfall zum Unfall vom 9. Februar 2017 erlitten. Er leide an einem wiederkehrenden Schmerz im Rücken. Es bestünden erneute Behandlungen und eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Ziff.

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Radiologie, Z.\_\_\_\_, nannte nach am 9. Juni 2017 durchgeführtem MRI der LWS in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 8/40) als Diagnose eine breitbasige Diskushernie L4/5 dorsolateral rechts mit leichtgradiger rezessaler Enge rechts und Kontakt zur Wurzel L5 rechts rezessal. Es bestehe keine Spinalstenose und eine leichtgradig aktivierte ventrale Spondylose L1/2 (S. 2). Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer leide seit Februar 2017 nach einem Unfall an rezidivierenden lumbalen Schmerzen immer nach rechtsbetont (S. 1).

### **E. 3.7**

Die Ärzte der Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie,

A.\_\_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom 11. Juli 2017 (Urk. 8/46) als Diagnosen eine Lumbalgie und intermittierende Glutealgie rechts bei Anulus

fibrosus-Riss L4/5 nach Anpralltrauma vom 9. Februar 2017 (S. 1 Mitte). Die Ärzte führten aus, der Patient sei in der Wirbelsäulensprechstunde vom 7. Juli 2017 ambulant untersucht worden. Er habe berichtet, dass ihm bei der Arbeit am 9. Februar 2017 ein Kollege mit dem Gabelstapler in den Rücken gefahren sei

und seither tieflumbale Rückenschmerzen mit teilweise r Ausstrahlung ins rechte Gesäss bestünden (S. 1 Mitte).

Die Ärzte führten in ihrer Beurteilung aus, beim Patienten zeige sich aktuell eine Lumbalgie mit Ausstrahlung ins rechte Gesäss. Im externen durchgeführten MRI

finde sich hierfür bis auf einen Anulus - fibrosus -Riss L4/L5 keine weitere Pathologie. Ihrer Ansicht nach sollte unbedingt die konservative Therapie ausgeschöpft werden (S. 2).

### **E. 3.8**

Kreisarzt

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führt in seiner Stellungnahme vom 15. August 2017 (Urk. 8/47) aus, die geltend gemachten Beschwerden am Rücken und am OSG seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. Februar 2017 stehend zu betrachten. Im Rückenbereich habe es sich um eine lediglich vorübergehende Verschlimmerung gehandelt, und der Status quo sine sei unter der Annahme einer geeigneten konservativen Therapie nach drei Monaten erreicht gewesen. Bei der diagnostizierten OSG-Kontusion sei der Status quo sine vel ante nach zwei Wochen erreicht gewesen.

### **E. 3.9**

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 20. August 2017 (Urk. 8/65/16-17) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - Unfall am 9. Februar 2017 - rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom rechts nach dem Unfall - breitbasige Diskushernie L4/5 rechts rezessal mit leichtgradiger rezessaler Enge rechts ohne Kontakt zur Wurzel L5 rezessal.

Keine Spinalkanalstenose ( A.\_\_\_\_ , 11. Juli 2017) - aktuell Iliosakralgelenk ( ISG )  
-Blockade rechts und Konvergenzstörung L5/S1 rechts - OSG-Distorsion rechts -  
Thoraxkontusion rechts - Kontusion Oberarm rechts

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei ihm als Patient seit dem 13.

Februar 2017 bekannt . Anlässlich der nach dem Unfall vom 9. Februar 2017 erfolgten  
Kontrolle vom 13. Februar 2017 habe er über starke Schmerzen in der ganzen rechten  
Körperhälfte geklagt mit diesbezüglich erweiterbarer

Druckdolenz ohne Hinweise für Frakturen. Das OSG rechts sei im Bereich des Malleolus  
lateralis geschwollen gewesen und der Fussrücken noch stark druckdolent . Im Verlauf  
habe sich die Symptomatik deutlich verbessert. Die Beschwerden hätten sich dann deutlich  
im Rückenbereich, meistens im Bereich der LWS, im Verlauf rezidivierend gezeigt. Mit  
dieser Problematik habe sich der Patient dann am 5.

Juni 2017 in der Notfallpraxis des Z.\_\_\_\_ vorgestellt (S. 1 unten). Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, da  
die Diskushernie gemäss dem Bericht der A.\_\_\_\_

keine Beschwerden verursache und der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Unfalls  
gesund gewesen sei , seien aus seiner Sicht alle Beschwerden auf den Unfall vom

9. Februar 2017 zurückzuführen (S. 2).

### **E. 3.10**

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 14. September 2017 ( Urk. 8/55) führte Kreisarzt Dr.  
E.\_\_\_\_ aus, infolge des Suva-versicherten Unfallereignisses mit einer relativ harmlosen  
Quetschung im Bereich des rechten Fusses sei es zu einem Sturz aus Standhöhe gekommen,  
wobei sich der Versicherte den Rücken geprellt und sich mehrere Kontusionen im Bereich  
des Brustkorbes und des rechten Oberarmes zugezogen habe. Die Quetschung im OSG  
werde primär als Kontusion beurteilt. Unfallkausale strukturelle Läsionen im Bereich des  
rechten OSG wie auch des Rückens (LWS-Bereich) hätten durch die ausgiebigen  
diagnostischen Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen  
werden können. Damit habe das Ereignis lediglich zu einer vorübergehenden  
Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Rückenbereich geführt. Der  
mechanische Impact auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der  
LWS

bei einem Sturz aus Standhöhe sei nur gering gewesen.

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, unter der Annahme einer geeigneten konservativen Therapie liege im  
Hinblick auf das traumatologische Fachgebiet nach drei Monaten ein stabiler  
Gesundheitszustand vor - bei der diagnostizierten Kontusion im OSG-Bereich sei dieser  
nach zwei Wochen erreicht gewesen (S. 2 Mitte).

### **E. 3.11**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2017

### **E. 3.12**

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2017 ( Urk. 8/65 /14)

folgende Diagnosen : - Unfall am 9. Februar 2017 - aktuell persistierendes  
Lumbovertebralsyndrom rechts (vor dem Unfall immer beschwerdefrei) - breitbasige

Diskushernie L4/5 rechts rezessal mit leichtgradiger rezessaler Enge und K ontakt zur Wurzel L5 rezessal , k eine Spinalkanalstenose - aktuell ISG rechts Blockade und Konvergenzstörung L5/S1 rechts - OSG Distorsion rechts - Thoraxkontusion rechts - Kontusion Oberarm rechts

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, er habe den Beschwerdeführer am 13. Oktober 2017 untersucht. Auf die im Z.\_\_\_\_ wegen einer erneuten Verschlechterung der Beschwerden durchgeführte Nervenwurzelinfiltration habe er nur minimal angesprochen. Aktuell zeigten sich starke Stimmungstiefe, da sehr viele Probleme vorhanden seien. Im Vordergrund stünden klar die Arbeitslosigkeit und die noch nicht bezahlten Löhne sowie die Beschwerden, die noch nicht behoben seien. Es sei klar, dass hier eine psychologische Unterstützung wichtig wäre.

### **E. 3.13**

In seiner Ärztlichen Beurteilung vom 22. November 2017 ( Urk. 8/71)

hielt Kreis arzt

Dr. E.\_\_\_\_ an seiner Stellungnahme vom 14. September 2017 fest. Dr.

E.\_\_\_\_ führte aus, es würden in medizinischer Hinsicht keine wesentlichen neuen Fakten zur Kenntnis gebracht.

### **E. 3.14**

Die Ärzte der A.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 28.

November 2017 ( Urk. 8/72) als Diagnose einen Verdacht auf eine Insuffizienzfraktur LWK 2 nach Anpralltrauma vom 9. Februar 2017 .

Die Ärzte führten aus, der Patient klagte über persistierende Schmerzen im Bereich der LWS paravertebral, ausstrahlend nach gluteal und in den rechten ventralen Oberschenkel (S. 1 Mitte). Es sei zeitnah ein CT der LWS geplant. Das Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg sollte vermieden werden (S. 2).

### **E. 3.15**

Dr. med.

F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Radiologie, Radiologie A.\_\_\_\_ , führte nach am 1. Dezember 2017 durchgeführtem CT der LWS in ihrem gleichentags erstellten Bericht ( Urk. 8/80) aus, die Untersuchung sei infolge Verdachts auf eine Pedikelfraktur L2 rechts nach Anpralltrauma vom 9. Februar 2017 indiziert gewesen. In ihrer Beurteilung führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, es bestehe keine Fraktur. 4.

### **E. 4**

und S. 2).

### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Leistungseinstellung per 6. Juli 2017

(vgl.

vorstehend E. 2.1) im Wesentlichen auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. E.\_\_\_\_ vom 14. September 2017 , welcher davon ausging, dass

das Unfallereignis mit einem Sturz aus Standhöhe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt habe

und nach drei Monaten der Status quo sine erreicht gewesen sei .

Hinsichtlich

der OSG Kontusion führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, dass zwei Wochen nach dem Unfallereignis vom 9. Februar 2017 keine Unfallfolgen mehr bestanden hätten (vgl. vorstehend E. 3.10 und E. 3.13 ) .

Während die Leistungseinstellung hinsichtlich der erlittenen OSG-Kontusion unbestritten blieb, machte der Beschwerdeführer geltend, dass die Be schwerde gegnerin auch über de n 6. Juli 2017 hinaus eine Leistungspflicht für die per sistierenden Rückenbeschwerden treffe (vgl. vorstehend E. 2.2) .

#### **E. 4.2**

Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht e s einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernie n bei Vorliegen degenerati ver Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahms weise, unter besonderen Voraussetzungen, als deren eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als unfallbedingt kann eine Diskushernie nach der Rechtsprechung regelmässig nur gelten, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und überdies für eine Bandscheibenschädigung geeignet war. Zudem müssen die Symptome einer Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüg lich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2016 vom 4. August 2017 E. 4.2 mit Hinweisen, Urteil 8C\_128/2018 vom 27. April 2018 E. 6.3).

#### **E. 4.3**

Vorliegend kann einhergehend mit Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ eine erforderliche Schwere des Unfallereignisses vom 9. Februar 2017 ohne weiteres verneint wer den. Gestützt auf den Bericht der Kantonspolizei Zürich handelte es sich lediglich um ein leichtes Unfall ereignis (vgl. vorstehend E. 3.3 ) .

Weiter traten die Rücken beschwerden auch nicht unmittelbar ,

sondern erst verspätet auf. Nament lich dokumentierten die erstbehandelnden Ärztinnen des Z.\_\_\_\_ , nach dem der Beschwerdeführer am 9. Februar 2017 per Ambulanz eingewiesen wor den war , keine Rückenbeschwerden und sprachen auch von einer klopfindolenten Wirbelsäule (vgl. vorstehend E. 3.1). Auch in der Schadenmeldung vom 9. Februar 2017 wurde lediglich eine Quetschung des rechten Unterschenkels angegeben (vgl. vorstehend E. 3.2). Erst anlässlich der Befragung durch die Kantonspolizei Zürich zum Arbeitsunfall am 1 4. März 2017 , äusserte der Beschwerdeführer, dass er noch immer Rückenschmerzen habe (vgl. Urk. 8/24 S. 4 oben).

Zusammenfassend fällt damit das Unfallereignis vom 9. Februar 2017 mangels der erforderlichen Schwere und auch in Anbetracht de ssen , dass die Symptome nicht unmittelbar, sondern erst verspätet auftraten, als direkte Ursache der Dis kushernie n respektive Bandscheib enveränderungen ausser Betracht .

#### **E. 4.4**

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach

derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_601/2011 vom 9. Januar 2012 E. 3.2.2, Urteil 8C\_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2, 2008 UV Nr. 11 S. 34, U

290/06 E. 4.2.1 mit Hinweisen,

Urteil 8C\_571/2015 vom 14. Oktober 2015 E.

2.2.3 mit Hinweisen). Es handelt sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteile des Bundesgerichts U 530/06 vom 25. Oktober 2007 E. 4.2, U 290/06 vom 11. Juni 2007 E. 4.2.1, Urteil 8C\_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 4.3).

#### **E. 4.5**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2) bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte dafür, um von diesen allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsachen respektive von der geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichts abzuweichen. So konnten bildgebend weder unfallbedingte traumatische Läsionen der LWS festgestellt werden noch zeigte sich eine allfällige durch das Unfallereignis verursachte richtungsgebende Verschlimmerung (vgl.

vorstehend E. 3.6, E. 3.11). Auch den von den Ärzten der A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 28. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.14) geäußerten Verdacht auf eine Insuffizienzfraktur LWK 2 nach Anpralltrauma vom 9. Februar 2017 konnte Dr. F.\_\_\_\_ nach am 1. Dezember 2017 durchgeführtem CT der LWS nicht bestätigen (vgl. vorstehend E. 3.15).

Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer daraus, dass die Ärzte der A.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 11. Juli 2017 und vom 28. November 2017 (vgl. vorstehend E. 3.7 und E. 3.14) von einem Anpralltrauma sprachen. So lag dies allein daran, dass der Beschwerdeführer in Abweichung zu den vorangegangenen Unfallhergangsschilderungen (vgl.

vorstehend E.

3.2-3) angab, dass ihm ein Kollege mit dem Gabelstapler in den Rücken gefahren sei.

Unbewiesen und unwahrscheinlich erweist sich weiter sein Vorbringen, dass vor dem Unfallereignis kein degenerativer Vorzustand vorgelegen habe. Soweit sich der Beschwerdeführer dabei auf Dr. C.\_\_\_\_ beruft, ist zu bemerken, dass es sich bei Dr. C.\_\_\_\_ um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin handelt, welcher den Beschwerdeführer erstmals nach dem Unfallereignis am 13. Februar 2017 behandelt hatte und damit auch mangels vorhandener bildgebender Dokumentation für den Zeitraum vor dem Unfall keine verlässlichen Angaben zu einem Vorzustand machen konnte (vgl. vorstehend E. 3.9).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht bemerkte,

ist die Argumentation von Dr.

C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. August 2017 (vgl. vorstehend E. 3.9)

nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Demnach erweist sich die von Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ getroffene Einschätzung, wonach der Status quo sine hinsichtlich der geltend gemachten Rückenbeschwerden drei Monate nach dem Unfallereignis als erreicht zu gelten hat, als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abzustellen ist. 4. 6

Aufgrund des Gesagten ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom

#### **E. 7**

(Urk. 8/65/10-11) folgende Diagnose (S. 1): - lumboradikuläres Schmerzsyndrom Wurzel L5 rechts - anamnestisch Beschwerdebeginn bei Status nach Unfall am 9. Februar 2017 (von Paketwagen im Schrittempo angefahren) - MRI LWS vom 9. Oktober 2017: Etwas vermehrt dehydrierte Bandscheibe mit breitbasiger flacher mediorechtslateraler

Protrusion ohne signifikante rezessale oder foraminale Taillierung. Kein wesentlicher Befundwandel zum MRI vom 9. Juni 2017 - CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration L5 rechts am 10. Oktober 2017 mit deutlicher Beschwerdelinderung - MRI LWS vom 9. Juni 2017: Breitbasige Diskushernie L4/5 dorsolateral rechts mit leichtgradiger rezessaler Enge rechts und Kontakt zur Wurzel L5 rechts rezessal. Keine Spinalstenose. Leichtgradig aktivierte ventrale Spondylose L1/2

Die Ärzte führten aus, am 7. Oktober 2017 sei eine notfallmässige Selbstzuweisung aufgrund von exazerbierten Schmerzen vom unteren Rücken aus strahlend in das rechte Bein mit Sensibilitätsstörungen am gesamten rechten Bein und Kraftminderung in der Grosszehe rechts erfolgt. Laut Angaben des Patienten bestünden diese Schmerzen seit einem Unfall mit einem Paketwagen am 9.

Februar 2017. Bis zu diesem Unfall habe er dahingehend nie Beschwerden gehabt. Der Patient sei seit dem Unfallereignis nicht berufstätig und an Gehhilfe mittels Stockentlastung gebunden. Klinisch habe sich ein aufgrund der Schmerzen im Allgemeinzustand verminderter Patient mit einer Schmerzsymptomatik und einem neurologischen Bild passend zu der bereits beschriebenen Affektion der Nervenwurzel L5 rechts ohne Hinweis auf ein entzündliches Geschehen oder ein Caudasyndrom gezeigt (S. 1 unten f.). Der Patient habe von der CT gesteuerten Nervenwurzelinfiltration L5 rechts am 10. Oktober 2017 mit einer deutlichen Beschwerdelinderung profitiert (S. 2).

#### **E. 9**

Februar 2017 und den vom Beschwerdeführer über den 6. Juli 2017 hinaus weiterhin geklagten Beschwerden und damit eine Leistungspflicht hierfür zu Recht verneint hat.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Lüthi - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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