

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00105

vom 6. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00105

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00105 du 6 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00105 del 6 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1964 geborene X.____ war seit 1. Juli 2012 als Senior Strategist bei der Y.____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (Zürich) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung vom 12. Dezember 2012 wurde mitgeteilt, dass X.____ am

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

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

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am

29. Oktober 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur

gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise 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. 1.4

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 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. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

2. Juni 2018 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Entscheidung damit (Urk. 2 S. 4 f.), dass zur Beurteilung, ob die Beschwerden nach dem 30. April 2013 noch auf den Unfall vom 29. Oktober 2012 zurückzuführen seien, ein polydisziplinäres Gutachten durch die MEDAS Z.____ erstellt worden sei. Darin kämen die Gutachter zum Schluss, dass es aus orthopädischer Sicht bei fehlenden objektivierbaren Verletzungsfolgen eher unwahrscheinlich sei, dass die aktuellen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates im Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Oktober 2012 stünden. Aus neurologischer Sicht seien

keine begründbaren unfallbedingten Störungen festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Symptomatik auf das iatrogen verursachte Beschwerdebild zurückzuführen. Unfallfremde, im Vordergrund stehende Beschwerdeursachen seien die iatrogen verursachte Opiatabhängigkeit mit „Überkonsum“, die neu hinzugekommene Abhängigkeit von Benzodiazepinen sowie der PW-Unfall aus dem Jahr 2007

mit den multiple n therapeutischen Interventionen an der Wirbelsäule. Für die Vorstände habe die Zürich als obligatorische Unfallversicherung keine Leistungen zu erbringen. Da es sich um ein

bagatelläres Ereignis handle, sei der adäquate Kausalzusammenhang ohne weiteres zu rekonstruieren und die Beschwerden stünden ab Ende April 2013 weder in natürlichem noch in adäquatem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Oktober 2012. Die Leistungen seien deshalb per 30. April 2013 zu Recht eingestellt worden.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 5 f.), er sei bis zum Unfallereignis in einer sehr anspruchsvollen Tätigkeit für die Y.____ zu 100 % tätig gewesen. Erst nach dem Unfall vom 29. Oktober 2012 sei die Arbeitsunfähigkeit eing

treten, die bisher weder habe behoben noch gemindert werden können. Infrage stünden allfällige gesundheitliche Probleme, die noch

auf vor dem Unfall liegende Zustände bzw. Ereignisse zurückzuführen seien. Die Y.____ habe für diese als Arbeitgeber in und als sie ihn von seiner früheren Position in der amerikanischen Versicherungsbranche nach Zürich geholt habe, uneingeschränkte Deckung zugesagt.

Seit

dem Bericht der MEDAS seien weit über drei Jahre verstrichen und er sei nach einem Aufenthalt in der Rehaklinik A.____ auch stationär im Spital B.____ behandelt und operiert worden. Die gesundheitlichen Entwicklungen müssten mitberücksichtigt werden, um die Kausalitätsfrage abschliessend beurteilen zu können. Die Sache sei deshalb zur Neuurteilung und Durchführung eines aktuellen polydisziplinären medizinischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (S. 6 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich des gemeldeten Unfalls vom 29. Oktober 2012 mit Wirkung ab 30. April 2013 zu Recht verneint hat, weil zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis kein Kausalzusammenhang besteht, oder ob diese Beschwerden auf den erlittenen Unfall zurückzuführen sind. 3. 3.1

3.1.1

Im Bericht des Spitals B.____ vom 29. Oktober 2012 (Urk. 8/14) über die bildgebenden Untersuchungen der Brustwirbelsäule (BWS) ap /lateral, der Halswirbelsäule (HWS) ap /lateral und der Schulter rechts und links ap /Neer hielt der zuständige Radiologe fest, konventionell-radiologisch zeigten sich keine erkennbaren frischen traumatischen ossären Läsionen im Bereiche der HWS. Am ehesten bestehe eine lagerungsbedingte Schiefhaltung des Achsenskeletts nach links. Im Übrigen sei

die Morphologie der Wirbelkörper und der Zwischenwirbelräume normal. Mitabgebildet sei ein Status nach Implantation eines Neurostimulators Höhe Th7/8. Auch im Bereich der BWS zeigten sich keine fassbaren frischen traumatischen ossären Läsionen und auch bei den Schultergelenken beidseits ergäben sich keine nachweisbaren traumatischen, entzündlichen oder anderweitigen pathologischen Veränderungen. 3.1.2

Im Bericht vom

2. November 2012 (Urk. 8/4) über die am 1. November 2012 durchgeführte Computertomographie (CT) der Brust- und Halswirbelsäule

hielt der zuständige Radiologe fest, an der

HWS zeigten sich keine akuten

Traumafolgen und keine fokalen Läsionen. Es bestehe eine Osteochondrose und eine unkonvertebrale

Arthrose ohne signifikante

neuroforaminale Stenosen und mit nur geringen

arthrotischen

Veränderungen im occipito-atlantalen Gelenk auf beiden Seiten und ohne signifikante Stenösungen des Spinal kanales .

Es zeigten sich auch keine Frakturen oder fokale

ossäre Läsionen. Es bestünden eine geringe Facetten gelenksarthrose, eine etwas stärkere Arthrose an den Costo transversal - und Vertebrocostal gelenken und eine Spondylosis deformans . Die Lage von Son den eines Stimulators mit dem Ende in Höhe BWK (Brustwirbelkörper) 7/8 sei regelrecht .

Soweit erkennbar , bestünden keine signifikante Einengung von Neuroforamina , keine signifikante Spinalkanalstenose und keine

Störungen des Alignements . 3.1.3

Im CT der Lendenwirbelsäule vom 5. November 2012

(Urk. 8/5) berichtete die zuständige Radiologin, als Indikation zur Durchführung der Untersuchung bestünden chronische Rückenschmerzen, ein Status nach einer Implantation eines Neurostimulators in Amerika und ein Status nach diversen Infiltrationen und Versteifung zweier Wirbel. Nach einem Sturz von einer Treppe vor einer Woche hätten ein CT der HWS und der BWS keine Frakturen gezeigt. Aktuell gebe der Beschwerdeführer insbesondere Schmerzen an der Lendenwirbelsäule (LWS) an, weshalb zum Ausschluss einer Fraktur und zur Komplettierung der Diagnostik bei massiven Schmerzen die Bildgebung erfolge. Dabei zeigten sich regelrechte Stellungenverhältnisse nach dorsoventraler Spondylodese L2/3 ohne Lockerungszeichen, eine leichte dorsale Diskusprotrusion mit Verkalkungen ohne Spinalkanalstenose und intakte ossäre Strukturen ohne Frakturen. 3.1.4

Im ärztlichen Einweisungszeugnis des Spitals B.____ an die Klinik C.____

vom 13. November 2012 (Urk. 8/1) wurden folgende Diagnosen fest gehalten: 1. Schmerzexazerbation nach Sturz bei chronischen Rückenschmerzen Status nach Autounfall 2007, danach diverse Infiltrationen, Versteifung, Neurostimulatorimplantation 2. Opiatüberkonsum; Abhängigkeit 3. Rezidivierende depressive Störungen, aktuell mit medikamentöser Behandlung 3.2

Die zuständige Radiologin an der Klinik D.____ berichtete am 15. Januar 2013 über die am 14. Januar 2013 durchgeführte

3-Phasen-Skelett-Szintigrafie (Urk. 8/21).

Sie hielt fest, der Aktivitätseinstrom in die LWS und des Beckens sei symmetrisch, normal kräftig. In der Frühphase lasse sich entlang der Wirbelsäule und im Bereich der grossen Gelenke, und soweit mitdargestellt auch im Bereich der Extremitäten keine vermehrte Weichteilaktivität feststellen. In der Spätphase lasse sich in Projektion auf LWK1 rechts eine geringe Mehraktivität erkennen. Somit sei diese Region mittels SPECT ausgewertet worden . Die SPECT-Untersuchung zeige entlang der Deckplatte LWK1 rechts flächenhaft etwas Mehraktivität. Eine etwas vermehrte Nuklidaufnahme zeige die Costotransversalgelenke Th5/6 linksseitig .

Uauffällige

Befunde bestünden am Rippen thorax, Sternum und Claviculae sowie regulär seien die Befunde lumbal und am Becken. Letzt. Möglicherweise bestehe eine kleine posttraumatische ossäre Kontusionszone rechts auf Höhe LWK 1. Es bestehe kein Nachweis einer signifikanten Wirbelkörperveränderung thoracolumbal, jedoch ein Verdacht auf aktivierte Spondylarthrosen Th5 und Th6 linksseitig im Bereich der Costotransversalgelenke. 3.3 3.3 .1

Im Gutachten der MEDAS Z.____ vom 5. Februar 2015 (Urk. 8/53), basierend auf Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie wurden die folgenden Diagnosen

gestellt (Urk. 8/53 S. 40 f.):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Iatrogen verursachte Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch Störung durch Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - Verdacht auf iatrogen ausgelöste (Opiate) depressive Symptomatik, gegenwärtig leichtgradigen Ausmasses - Panvertebrales und multilokuläres Schmerzsyndrom beginnend im Jahr 2007 (PW-Unfall) mit Exazerbation seit dem Sturz vom 29.03.2012 (richtig: 29. Oktober 2012) ohne nachgewiesene ossäre Läsion, ohne neurologische Fähigkeitsstörungen - Status nach mehrfachen Radiofrequenzablationen C3 bis C5, Th5 bis Th7, L2 bis S1 - Status nach mehrfachen Wurzelinfiltrationen in der HWS und LWS - Status nach Stimulator-Implantation Th8 bis Th9 - Status nach Fusions-OP L2/L3 (New York 05/2011)
Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - Keine 3.3 .2

Unter subjektiven Angaben ist im Gutachten festgehalten (S. 18 f.), der Beschwerdeführer sei am 29. Oktober 2012, nachdem er einige Monate in Zürich gearbeitet habe, morgens auf der eisglatten Aussentreppe seines Wohnhauses ausgerutscht und gestolpert. Der Körper habe sich gedreht und er sei auf die linke Schulter und auf den Rücken gestürzt. Er sei ins Spital B.____ gebracht worden und dort einige Zeit hospitalisiert gewesen. Man habe geröntgt, aber keine Knochenbrüche festgestellt. Danach sei er nach C.____ zur fünfwöchigen Rehabilitation überwiesen worden. Allerdings seien die Rückenschmerzen extrem stark geworden und es ginge praktisch nichts mehr und er könne sich nicht einmal mehr selbst versorgen. Er habe bereits am 29. November 2007 in New York einen Unfall erlitten. Es sei zu einer PW-Kollision gekommen,

bei dem er im Fond eines Taxis gesessen sei. Damals sei

er in New York im Spital behandelt worden und in den folgenden Monaten hätten sich die Rückenschmerzen deutlich verstärkt. Er habe sehr viele Radiofrequenzablationen gehabt, beginnend im Februar 2008 bis August 2010. Des Weiteren seien wiederholte epidurale Injektionen und im Mai 2011 sei eine Spondylodese L2/L3 im "New

York's Hospital for Joint Diseases" durchgeführt worden. Im April 2012 seien erneute epidurale Steroidinjektionen durchgeführt und im Mai 2012 ein spinaler Schmerzstimulator eingesetzt worden. Im September 2012 sei schliesslich die letzte epidurale Steroidinjektion durchgeführt worden, bevor es am 29. Oktober 2012 zum erneuten Unfall gekommen sei.

Zum orthopädischen Status berichtete die Expertin (S. 21), der Beschwerdeführer betrete mit zwei gepolsterten Achsel-Stützen das Untersuchungszimmer. Die Entkleidung erfolge mit Hilfe der Ehefrau, wobei ihm selbst nur helfende Handgriffe möglich seien und er zuhause allenfalls alleine zur Toilette gehen könne. Das Gangbild sei kleinschrittig,

schlurfend, mit Hilfe zweier gepolsterter Achselstützen. Spitzen-/Fersenstand sowie Einbeinstand seien nicht durchführbar, in die Hocke Gehen sei nicht möglich.

Er stehe vornüber gebeugt und Stehen ohne Achselstützen sei nicht möglich. Es bestünden reizlose Narben im Bereich des Rückens und ein diffuser Kalottenklopfschmerz am Kopf.

An der HWS bestehe ein

Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen, die Trapeziusmuskulatur sei weich und eine Bewegungsprüfung sei wegen befürchteter Schmerzen kaum möglich.

In Bezug auf die BWS zeige sich eine vornüber gebeugte, kyphotische Haltung, mit wegen befürchteter Schmerzen nicht prüfbarem Entfaltungsbogen. Die LWS sei druck- und klopfdolent und die Inklinationsfähigkeit wegen starker Schmerzen nicht überprüfbar und im Sitzen allenfalls angedeutet möglich. Die oberen Extremitäten zeigten einen Rechtshänder, bei dem die Abduktion der Arme bis knapp zur Horizontalen erfolge. Muskuläre Atrophien und Umfangsdifferenzen zeigten sich nicht und die passive Beweglichkeit der Gelenke der oberen Extremitäten sei frei. Es werde eine Hypästhesie an D1, D3 und D5 linksseitig angegeben. Der Faustschluss sei vollständig mit minimalem Krafterfolg beim Händedruck. Es bestünden keine motorischen Ausfälle und der Reflexstatus sei symmetrisch. Die unteren Extremitäten zeigten gerade Beinachsen mit Senkfüßen und symmetrischer Fußsohlenbeschwellung.

Die Hüft- und Kniegelenksbeweglichkeit sei

liegend wegen befürchteter Schmerzen nicht möglich, allerdings bestehe die Möglichkeit der Hüft- und Kniebeugung zu 90°, welche durch die sitzende Position dargestellt werde. Die OSG und USG (Obere und Untere Sprunggelenke) seien passiv frei beweglich, aktiv jedoch mit minimalem Bewegungserfolg. Es zeigten sich keine motorischen und sensiblen Ausfälle, der Reflexstatus sei symmetrisch positiv und es bestünden keine Umfangsdifferenzen.

Im Röntgenbefund (S. 23) zeigten sich eine Streckfehlhaltung

der HWS, eine geringgradige Höhenminderung der zervikalen Bandscheiben HWK5/6 und HWK6/7 mit geringgradigen, vorwiegend nach ventral gerichteten Spondylosen und begleitenden Unkarthrosen

(Uncovertebralarthrose)

sowie eine geringgradige

Sklerosierung und Verschmälerung der Gelenkspalten im Bereich der zervikalen Gelenkfacetten. Unkarthrosen

zeigten sich auch im Segment HWK 3/4 und HWK4/5 bei einer normalen Höhe der Wirbelkörper, ohne Fraktur,

tumoröse oder entzündliche Osteodestruktion. Im Röntgenbefund der BWS zeigten sich eine normale Brustkyphose, ein normales Alignment und eine normale Höhe der thorakalen Bandscheiben ohne Wirbelkörperfraktur und ohne

tumoröse oder entzündliche Osteodestruktion. Intraspinal seien die

Neurostimulatorsonden auf Höhe BWK 7/8 gelegen. Die Bildgebung an der LWS zeigt einen Status nach Bandscheibenersatz und dorsale Spondylodese auf LWK 2/3, ein vollständig knöchern überbrücktes Bandscheibengelenk LWK2/3 und eine bilaterale transpedikuläre Fixateur mit festem Sitz. Es sei eine geringgradige Mehrsklerose der Endplatten LWK3/4 und LWK4/5 ohne Höhenminderung der Bandscheiben ersichtlich und es zeigten sich mässige

Intervertebralarthrosen an den unteren drei lumbalen Segmenten. Wirbelkörperfrakturen, tumoröse oder entzündliche Osteodestruktion bestünden keine. Das Aggregat des Neurostimulators zeige sich in Projektion auf die subkutanen Weichteile auf der Höhe LWK 3-4 und knöchern seien die Iliosakralfugen und der posteriore Beckengürtel normal.

Im PACT-Test erreichte der Beschwerdeführer 21 von 200 möglichen Punkten, was eine extrem niedrige Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten darstelle. 3.3.3

Der psychiatrische Experte legte dar (S. 26 f.), beim Beschwerdeführer handle es sich um einen deutlich adipösen, schwarz gekleideten, an zwei Achsel-Gehstützen laufenden Mann, der sehr unsicher wirke und beim Laufen leicht hin und herschwanke. Beim Sitzen lasse er den Kopf hängen und habe Mühe, Blickkontakt aufzunehmen. Es sei für ihn schwierig, die Aufmerksamkeit beim Gespräch zu halten und das Bewusstsein sei deutlich eingeschränkt. Die Sprache sei verworren und kognitiv zeigten sich deutliche Einschränkungen. Das quantitative Bewusstsein sei leicht bis mittelgradig reduziert. Zeitlich sei er nur zum Teil orientiert, örtlich habe er grosse Mühe und situativ bestünden ebenfalls Einschränkungen. Autopsychisch ergäben sich, soweit beurteilbar, keine wesentlichen Einschränkungen. In der Konzentration sei er jedoch deutlich eingeschränkt und es müssten die Fragen mehrmals gestellt werden. Das formale Denken sei verlangsammt, umständlich, zum Teil perseverierend und langatmig. Inhaltliche Denkstörungen wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen wie Gedankeneinklemmung, -ausbreitung und –beeinflussung sowie eine Derealisation

oder Depersonalisation liessen sich nicht eruieren und es ergäben sich auch keine Hinweise auf Zwänge oder Rituale. Der

affektive Rapport sei herstellbar, die Grundstimmung leicht herabgesetzt und die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Der Beschwerdeführer

habe

keine Lebensfreude und keine Lebenslust und habe Angst, die Kontrolle zu verlieren. Es plagten ihn Zukunftsängste und finanzielle Ängste, wie es weitergehen könne. Der Gedanke an den Tod sei dauernd da und gemäss seinen Angaben habe er im Jahr 2013 einen Suizidversuch unternommen und sei in der psychiatrischen Klinik E. hospitalisiert worden. Aktuell bestünden jedoch keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine komplexe Situation (S. 29), da das ganze Zustandsbild stark von der eingenommenen Medikation geprägt sei. So träten unter dem Opiat Pallodon

häufig Angst, Verwirrtheit und Schlaflosigkeit sowie gelegentlich Depressionen, Dysphorie, Euphorie, Halluzinationen, Alpträume und Missbrauch auf. Quetiapin könne eine Somnolenz und Schwindel bewirken und in der Folge zu Stürzen führen. Häufig sei

auch eine Dysarthrie. Temesta führe zur Sedierung, Erschöpfung und Schläfrigkeit und es könne auch Verwirrtheit, Depressionen und Benommenheit auslösen. Ein Grossteil der erhobenen Befunde und geäusserten Beschwerden sei mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Nebenwirkung der medikamentösen Therapie im Sinne eines iatrogenen Beschwerdebildes. Im Rahmen der iatrogenen medikamentösen Therapie sei der Beschwerdeführer in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit aktuell als nicht arbeitsfähig zu erachten. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei schwer zu bestimmen und habe sich im Verlauf der Therapie gebildet und habe mit dem Ausbau der Therapie und den vielen Medikamenten zu tun (S. 30). 3.3 .4

Der neurologische Sachverständige führte aus (S. 36 f.), die klinisch-neurologische Untersuchung zeige im Vergleich zum Status in der Untersuchung von Dr. F.____ im Februar 2013 keine Veränderungen. Wiederum habe sich eine linksseitige Hyposensibilität im Bereich des I. und III., weniger des II. Fingers , gezeigt, jedoch ohne positiven Phalen-Test und ohne Hoffmann- Tinel'sches Zeichen über dem Karpaltunnel. Zudem bestehe eine schmerzbedingte Minderinnervation der gesamten Muskulatur. Es bestünden aber keine Hinweise auf ein fokalneurologisches Leiden, eine zentralnervöse Erkrankung, eine Radikulopathie oder auf eine myeläre Läsion. Auffällig sei eine leichtgradige Dysarthrophonie , die sich nach dem Trinken gebessert habe. Die « Verhangenheit » des Beschwerdeführers lasse sich auf die hohe Opiatgabe und die sedierende Wirkung des Temestas und Quetiapins zurückführen. Die zahlreichen Handicaps in den ADL-Kompetenzen infolge der chronischen multilokulären Schmerzen im HWS-, BWS- und LWS-Bereich, über die der Beschwerdeführer berichte, liessen sich objektiv im neurologischen Status nicht erklären und es sei keine neurologische Diagnose mit Einfluss auf

die

Arbeitsfähigkeit zu stellen. 3.3 .5

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Experten fest (S. 45), aktuell sei kein Leistungsbild zu erstellen. Es bestehe ein komplexes Zustandsbild, das vor allem von der medikamentösen Therapie überlagert werde und bezüglich weiterer psychiatrischer Aussagen sei keine definitive Festlegung möglich. Aktuell sei der Beschwerdeführer in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Eine mittelfristige und langfristige Festlegung der Arbeitsfähigkeit könne erst nach korrekter medikamentöser Einstellung erfolgen. Eine derartige « Verhangenheit » nach Opiateinnahme sei bei Nutzung retardierter Präparate nur in der Einstellungsphase oder bei überhöhten Dosen üblich. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei schwer zu bestimmen, da sich diese im Verlauf der Therapie gebildet und mit dem Ausbau der Therapie und den vielen Medikamenten zu tun habe.

Zur Frage des Kausalzusammenhangs zum Ereignis vom 29. Oktober 2012 hielten die Experten fest (S. 46), aus orthopädischer Sicht sei es bei fehlenden objektiverbaren Verletzungsfolgen eher unwahrscheinlich, dass die aktuellen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparats im Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Oktober 2012 stünden .

Aus neurologischer Sicht seien keine Folgen des Unfalls anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Symptomatik auf das iatrogen durch die Medikamente verursachte psychische Beschwerdebild zurückzuführen. Der Unfall sei eher unwahrscheinlich als alleinige oder

Teilursache für die psychische Beschwerdesymptomatik zu betrachten.

Es sei der Beurteilung und Begründung von Dr. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, speziell Wirbelsäulenchirurgie vom 28. Mai 2013 zuzustimmen, wonach nach Ablauf eines halben Jahres nach dem Unfall vom 29. Oktober 2012 der status quo sine anzunehmen sei (S. 47). 4. 4.1

Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt und ist unbestritten, dass die konventionellbildgebenden Untersuchungen

am Unfalltag vom 29. Oktober 2012 (E. 3.1.1), die

etwas späteren Untersuchungen mittels CT vom 1. und 5. November 2012 (E. 3.1.2 und E. 3.1.3) sowie die Bildgebungen anlässlich der polydisziplinären Abklärung in der MEDAS Z.____ vom 7. Januar 2015 (Urk. 8/53 S. 23) ausschliesslich vorbestehende Befunde aufzeigen. Explizit wurden dabei traumatische ossäre Läsionen aufgrund des

Sturzereignisses

vom 29. Oktober 2012 ausgeschlossen. Zeitnah zum Unfallereignis hielt sodann bereits das Einweisungszeugnis vom 13. November 2012 einen

Status nach einem Autounfall im Jahr 2007 mit darauf folgend diversen Eingriffen an der Wirbelsäule mit Infiltrationen, Versteifung und Einsetzen eines Neurostimulators sowie einen

Opiatüberkonsum bzw. eine Opiatabhängigkeit fest. Zudem wies es auf eine

medikamentöse Behandlung einer rezidivierenden depressiven Störung

hin

(E. 3.1.4 hiervor). Damit erweisen sich

insbesondere auch die psychische Symptomatik und die Suchtproblematik als vorbestehend und nicht als im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. Oktober 2012 stehend.

Auch ist unwahrscheinlich, dass sich

diese Symptomatik in diesem Umfang zwischen dem 29. Oktober und 13. November 2012 entwickelt hat.

Damit im Einklang stehen die Ausführungen der Experten der MEDAS Z.____, wonach es bei fehlenden objektivierbaren Verletzungsfolgen eher unwahrscheinlich sei, dass die aktuellen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparats im Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Oktober 2012 stehen und wonach das psychische Beschwerdebild iatrogen durch die Medikamente verursacht ist.

Das ausführliche Gutachten der MEDAS Z.____ erfüllt auch im Übrigen

die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5). So setzt es sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die gutachterliche Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht.

An der Nachvollziehbarkeit der Kausalitätsbeurteilung ändert auch der Umstand nicht s , dass die Experten den Beschwerdeführer sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit als nicht arbeitsfähig erachteten und dass aus gesamt medizinischer Sicht kein Leistu ngsbild erstell t werden konnte

(vgl. E. 3. 3 .5 hier vor). Denn dies

liegt darin begründet , dass der Grossteil der in der psychiatrischen Untersuchung erhobenen Befunde und geäusserten Beschwerden sowie das als verhangen beschriebene Zustandsbild

den Nebenwirkung en

des

übermässigen Medikamentenkonsum s respek tive der Opiat a bhängigkeit zuzuschreiben sind

(E. 3. 3 .3 hiervor). D ie se

psychische Symptomatik wie auch die Suchtproblematik war en aber bereits im Zusammenhang mit d em früheren Unfall im Jahr 2007 bekannt und bestand en

jedenfalls

vor dem Ereignis vom 29. Oktober 201 2.

Dem Argument des Beschwerdeführer s , seine Arbeitsunfähigkeit bestehe erst seit dem Ereignis vom 2 9. Oktober 2012 ,

ist ebenfalls nichts zu seinen Gunsten abzugewinnen. D enn n ac h ständiger Rechtsprechung kann aus 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 - kein Beweis hergeleitet werden und sie erlaubt nicht, einen natürlichen Kau salzusammenhang mit der im Unfallversicherungsrecht geforderten überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb ; Urt eil des BGer 8C_6/2009 vom 3 0. Juni 2009 E. 3) . Im Bereich der obligatorischen Unfallversi cherung ist sodann auch unerheblich, ob die Beschwerdegegnerin bei der Anstel lung des Beschwerdeführers per 1. Juli 2012 in Bezug auf frühere Erkrankungen oder Unfälle Deckungsz usagen oder Vorbehalte angebracht hat (zum Vorbringen vgl. Urk. 1 S. 4, Urk. 2 S. 5). 4.2

Nach dem Gesagten erlitt der Beschwerdeführer b ei erheblich vorgeschädigter Wirbelsäule aufgrund eines früheren Ereignisses im Jahr 2007 am

29. Oktober 2012 eine Schulter-/ Rück en kontusion, wobei sich keine strukturellen Verletzun gen zeigten, und auch nicht aktenkundig ist, dass die klinischen Untersuchungen Prellmarken an Schultern oder Rücken zeigten.

Ein Hinweis für eine stattgehabte Rückenkontusion ergab sich einzig aufgrund einer 3-Phasen-Skelett-Szintigrafi e vom 1 4. Januar 2013, welche auf eine mögliche kleine posttraumatische Kontu sionszone rechts auf Höhe LWK1 hingewiesen hatte (vgl. E. 3.2 hiervor).

Nach der Rechtsprechung kann m edizinisch lediglich von einer vorübergehenden Verschlimmerung und nicht von einer richtungsgebenden Veränderung ausge gangen

werden, wenn nach einer unfallbedingten Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme, vorbestehende Spondylarthrose, Spondylose oder eine andere degenerative Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch wird. Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es handelt sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteil des Bundesgerichts 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). 4.3

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen aufgrund des Ereignisses vom 29. Oktober 2012 mit Wirkung ab 30. April 2013 und damit sechs Monate nach dem Ereignis ein. Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin,

Dr. G.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in der Kausalitätsbeurteilung vom 28. Mai 2013 (Urk.

E. 6

) auf Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 25. Juni 2018 (Urk. 9) Kenntnis gegeben wurde.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

/35) fest, dass aufgrund der 3-Phase n-Skelettszintigraphie vom 14. Januar 2013 (vgl. E. 3.2 hiervor) die traumaverdächtigen Befunde lediglich leicht ausgeprägt seien.

Unter Berücksichtigung der hinsichtlich Unfallfolgen unauffälligen übrigen Verlaufsbilder der

Wirbelsäule sowie des Vorzustandes dürfe nach Ablauf eines halben Jahres ab Unfall vom status quo sine ausgegangen werden. Alle darüber hinaus persistierenden Rückenschmerzen seien

dem Vorzustand und seinen Folgen zuzuordnen.

Dieser Beurteilung schlossen sich die MEDAS-Experten anlässlich ihrer Untersuchung vom 7. Januar 2015 an (Urk. 8/53 S. 47; vgl. auch E. 3.2.5 hiervor).

Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin ist mit Blick auf die medizinischen Akten nachvollziehbar und begründet und hält sich an die hiervor erwähnte Rechtsprechung zum anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenschädigungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule.

Dem steht denn auch keine andere begründete medizinische Einschätzung gegenüber und aufgrund der klaren medizinischen Aktenlage sind

auch von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90 E. 4b). 4.4

Damit erweist sich die Beschwerde insgesamt als unbegründet, was zu deren Abweisung führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Eric Stern - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft 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 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
Der Gerichtsschreiber GräubNef

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