

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00248

vom 3. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00248

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00248 du 3 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00248 del 3 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1990 geborene X.____ (früher Y.____) war seit 1. Juli 2013 als Berufsfeuerwehrmann bei der Z.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG (AXA) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 10/A1). Am 6. Juli 2015 kollidierte er als Motorradlenker bei einem Überholmanöver mit einem entgegenkommenden Motorrad (Urk. 10/A1 S. 2). Dabei zog er sich eine Claviculaschaftfraktur, eine Fraktur an der 1. Rippe, eine Lungenkontusion und ein leichtes Schädelhirntrauma zu (Urk. 10/M1). Die AXA erteilte Deckungszusage für die stationäre Heilbehandlung (Urk. 10/A6). Am 14. Dezember 2016 wurde ihr mitgeteilt, dass der Versicherte am 6. Dezember 2016 die Metallplatten aus der Schulter entfernt habe und für zwei Wochen 100% arbeitsunfähig sei (Urk. 10/A7).

Am 10. Oktober 2017 (Urk. 10/A8) teilte der Versicherte der AXA mit, dass er aufgrund des Unfallereignisses immer noch Nacken- und Wirbelsäulenbeschwerden habe und sein behandelnder Arzt deshalb Rechnungen einreichen werde. Am 17. Oktober 2017 berichtete der behandelnde Arzt über eine Progredienz der Schulter- und Nackenschmerzen mit radikulärer Komponente in den rechten Arm mit Nachweis einer Diskushernie (Urk. 10/M14).

Nachdem die AXA den Fall ihrem beratenden Arzt (Urk. 10/M16) vorgelegt hatte, kündigte sie am 14. November 2017 die Ablehnung von Leistungen im Zusammenhang mit der Diskushernie an (Urk. 10/A10). Nach Einwendungen durch den behandelnden Arzt (Urk. 10/A11), verfügte die AXA am 16. Januar 2018 in angekündigtem Sinne (Urk. 10/A14). Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte am 5. Februar 2018 und mit Ergänzung vom 14. März 2018 Einsprache (Urk. 10/A15, 10/A17). Die AXA legte den Fall ein weiteres Mal einem beratenden Arzt zur Beurteilung vor (Urk.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass

Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 6. Juli 2015 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

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3.1

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 1.3.2

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

E. 1.3.3

Es obliegt der versicherten Person das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3 mit Hinweisen).

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/ 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 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 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihren Entscheid damit (Urk. 2 Ziff. 2.3.7 f.), dass eine Symptomatik im Zusammenhang mit einer Diskushernie ab Unfalldatum bis 10. Oktober 2017 nie erwähnt worden sei. Selbst im Zusammenhang mit dem erlittenen leichten Schädelhirntrauma seien keine Verspannungen im Nacken -/ Schulterbereich, sondern lediglich Schwindelattacken und Vergesslichkeit beklagt worden, welche im weiteren Verlauf nicht mehr erwähnt worden seien. Die vom Hausarzt aufgeführten Diskushernien seien mehr als zwei Jahre nach dem Unfall festgestellt worden und die für eine Unfallkausalität einer traumatischen Diskushernie geforderten Diagnosekriterien , unter anderem ein sofortiger radikulärer Symptombeginn mit sensorischen und allenfalls motorischen Ausfällen ,

seien nicht aktenkundig. Aufgrund der MRI-Bilder der HWS müsse von degenerativen Veränderungen ausgegangen werden, welche keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. Juli 2015 zeigten.

Gemäss Beurteilungen ihrer versicherungsinternen Ärzte hätten unfallfremde Ursachen den bestehenden Gesundheitsschaden ausgelöst und ein natürlicher Kausalzusammenhang der bestehenden Symptomatik zum Unfallereignis sei nicht erstellt. Im Rahmen des Rückfalls liege dafür die Beweislast beim Beschwerdeführer (Ziff. 2.3.9 , Urk. 9 S. 3). 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 3), dem am 6. Juli 2015 erstellten CT Schädel - HWS - Thorax – Abdomen könne entnommen werden, dass weder ein Frakturachweis, eine Listhese noch ein intraspinale Hämatom festgestellt worden sei. Allerdings sei festgehalten worden, dass bei dem jungen Patienten ein kleiner Lufteinschluss im Bereich der Hinterkante von HWK 6 auffällig sei, der als mögliche Traumafolge an der Basis des Bandscheibenfaches gewertet werden könne. Es sei auch festzustellen, dass zeitnah zum Unfallereignis über Beschwerden im Nackenbereich inklusive Schwindel und Vergesslichkeit geklagt und die typischen HWS- Beschwerden festgehalten worden seien.

Auch der behandelnde Arzt habe persistierende Schmerzen sowie die wahrgenommenen Physiotherapien bestätigt. Bei den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin handle es sich um einen Neurologen und um einen Rheumatologen. Keiner der beiden Ärzte decke damit die hierfür notwendige Fachrichtung zur Beurteilung ab. Sollte gestützt auf die

Ausführungen eine Unfallkausalität nicht bejaht werden und die zur Diskussion stehenden Heilungskosten nicht als infolge des Unfalls notwendig geworden anerkannt werden, sei ein Gutachten bei einem Radiologen in Auftrag zu geben, welcher die damals festgestellten Lufteinschlüsse im Zusammenhang mit dem Unfallereignis unter Berücksichtigung des jungen Alters des Beschwerdeführers abschliessend beurteile. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht

hin sichtlich der geklagten Rückenbeschwerden mit Diskushernien zu Recht verneint hat oder ob diese kausal auf das Unfallereignis vom 6. Juli 2015 zurückzuführen sind. 3. 3.1

3.1.1

Dr. med. A.____, leitender Arzt Neuroradiologie am B.____, legte im CT Schädel - HWS (Halswirbelsäule) - Thorax - Abdomen vom 6. Juli 2015

(Urk. 10 /M18) aufgrund der Fragestellung nach Traumafolgen nach Töff-Unfall dar:

Schädel: Kein Nachweis traumatischer Veränderungen an Neuro- und Viszerokranium.

Wirbelsäule: Die Untersuchung erfolgte im Halskragen und konsekutiv sei die Beurteilbarkeit der Untersuchung eingeschränkt. Es zeigte sich kein Frakturnachweis, keine Listhese und kein intraspinales Hämatom.

Auffällig sei jedoch bei dem jungen Patienten ein kleiner Lufteinschluss im Bereich der Hinterkante von HWK 6

(Halswirbelkörper), der als mögliche Traumafolge an der Basis des Bandscheibenfaches gewertet werden könne. Bei entsprechender Klinik werde die Durchführung einer spinalen Kernspintomografie der HWS empfohlen.

Es bestünden Bogenschlussstörungen einzelner HWK und eine juvenile Aufbaustörung der BWS und LWS. Es zeigten sich eine Claviculafraktur rechts, eine nicht dislozierte Fraktur der ersten Rippe und eine pulmonale Kontusion rechts ohne RSF (Rippenserienfraktur) und ohne Hämato- oder Pneumothorax. Ein intraabdominelles oder retroperitoneales Hämatom bestehe nicht und der Verlauf der thorakalen und abdominalen Gefässe sei regelrecht ohne Nachweis traumatisch bedingter Pathologien und es bestehe eine regelrechte Ausscheidungsfunktion beider Nieren (vgl. auch Urk. 10/M1 Anhang). 3.1.2

Im Austrittsbericht des B.____ vom 13. Juli 2015 (Urk. 10 /M1) über die Hospitalisation vom 6. bis 13. Juli 2015 nannten die Ärzte die folgenden Diagnosen: 1. Mehrfragmentäre, dislozierte Claviculafraktur rechts 2. Undislozierte Fraktur 1. Rippe rechts 3. Ausgeprägte Lungenkontusion rechts 4. Leichtes Schädelhirntrauma Die notfallmässige Zuweisung sei mit der REGA via Schockraum erfolgt. Der Beschwerdeführer sei als Töfffahrer mit einem entgegenkommenden Töff mit unbekannter Geschwindigkeit zusammengeprallt. Initial habe eine Bewusstlosigkeit von 3-5 Minuten bestanden und der Helm habe einen Sprung auf der rechten Seite

aufgewiesen. Zeitlich und örtlich sei der Beschwerdeführer –

bei Einlieferung –

nicht orientiert gewesen und es habe eine Ereignisamnesie mit repetitivem Fragen bestanden. Es bestünden Schmerzen im Thorax und Becken und es sei ihm ein Beckengurt angelegt worden, wobei beim Transport der GCS (Glasgow Coma Scale) stets

E. 6

/ M19) und wies mit Einspracheentscheid vom

E. 11

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

E. 14

betragen habe und der Kreislauf stabil gewesen sei . Unter

Radiologiebefunde (CT) Schädel - HWS - Thorax – Abdomen vom 6. Juli 2015 führten die Ärzte auf : Im CT Schädel und HWS-BWS-LWS ergebe sich k ein Nachweis trauma tischer Veränderungen. Es bestünden eine juvenile Aufbaustörung der Brust- und Len denwirbelsäule und Bog enschlussstörungen einzelner Halswirbelkörper. Es zeig ten sich e ine Clavic ulafraktur rechts, eine nicht dislozierte Fraktur der e rsten Rippe, eine pulmonale Kont usion rechts ohne RSF

und ohn e Hämato - oder Pneumothorax. E in intraabdominelles

oder retroperitoneales Hämatom bestehe nicht und der Verlauf der thorakalen und abdominellen Gefässe sei regelrecht ohne Nachweis traumatisch bedingter Path ologien und die Ausscheidungsfunk tion beider Nieren seien regelrecht . Die Bildgebung der Clavicula rechts ap

(anterior / posterior) und tangential vom 7. Juli 2015 zeige eine Clavic ulafraktur im mittleren Drittel mit ca. 2

cm grossem kei lförmigem Fragment nach caudal . Die Bildgebung a m OSG (obere s Sprungge lenk) rechts vom 7. Juli 2015 zeige ke ine Fraktur , e s best ehe e twas Gelenkerguss . G emäss Nachtragsrapport zeige sich ein Fragment submalleolär medial , wobei z ur genauen Frakturbestimmung ein CT indiziert sei. Das CT-Fuss rechts nativ vom 9. Juli 2015 zeige eine undislozierte

Avulsionsfraktur des Processus

anterior

cal canei im Sinne eines knöchernen Ausriss es des Musculus extensor digitorum bre vis und ein kleiner ossärer Ausriss am Processus

lateralis

tali . Die Bildgeb ung der Clavicula rec hts ap und tangential vom 1 1. Juli 2015 zeige i n beiden Ebenen eine reguläre Lage der Osteosyntheseplatte und eine gute Fragmentadaptation . Posto perativ best ehe ein

Weichteilempysem kranial. Die Verlegung auf die Normalstation sei a m 7. Juli 2015 erfolgt. Die OSG-Distorsion rechts sei im Vaco-Ped ruhiggestellt worden, mit erlaubter Vollbelas tung nach Massgabe der Beschwerden , wobei im Verlauf der Beschwerdebesse rung diese nicht mehr getragen worden sei. Die Clavic ulafraktur sei am 1 0. Juli 2015

operativ versorgt worden und der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gezeigt.

Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen, reizlosen Wundverhältnissen zurück nach Hause entlassen werden können. Eine klinisch-radiologische Verlaufskontrolle finde sechs Wochen postoperativ statt und eine Ruhigstellung des Armes in der Mitella-Schlinge sei bis zu sechs Wochen je nach Komfort vorgesehen. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 6. bis 26. Juli 2015 attestiert. 3.1.3

Im Bericht vom 21. August 2015

(Urk. 10/M5) über die Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei bezüglich der Claviculafraktur soweit asymptomatisch und verspüre ein gelegentliches Ziehen im Bereich der Narbe. Als Berufsfeuerwehrmann sei er derzeit zu 100 % arbeitsunfähig. Nebenbefundlich berichte er über Schwindelattacken sowie über Vergesslichkeit. Die cerebrale Leistungsfähigkeit sei noch nicht wieder hergestellt. Nebenbefundlich erscheine

er ohne Vapoped-Schuh in der Sprechstunde und berichte über diffuse Schmerzen im Bereich des OSG / USG auf der rechten Seite. Zudem existieren Druckdolenz und eine Schwellung im Bereich des Knies links. Bezüglich der Clavicula sei weiterhin intensive Physiotherapie mit Training in allen Freiheitsgraden ohne Belastung für die nächsten sechs Wochen fortzuführen. Bezüglich des Kniegelenks links sei eine MRT-Untersuchung zur Identifikation von einer HKB- oder VKB-Läsion bei oben genannten Befunden indiziert und bezüglich des USG eine erneute Kontrolle in sechs Wochen zu empfehlen. Derzeit bestehe weiterhin ein Arbeitsunfähigkeit

von 100 %. Bezüglich der Neurologie sei eine Stellungnahme durch einen Neurologen mit gegebenenfalls EEG-Abklärung zu empfehlen. 3.1.4

Im Bericht

über die Sprechstunde vom 5. Oktober 2015 (Urk. 10/M6) führten die Ärzte unter Untersuchungsbefunde auf: Die Narbe über Clavicula sei reizlos, ohne Druckdolenz. Im Seitenvergleich sei die Schulter rechts vollumfänglich beweglich mit Repetition bei endständiger Abduktion. Am Knie links bestünden weder Rötung noch Schwellung noch sei ein Gelenkerguss palpabel. Es bestünden keine Meniskuszeichen, keine hintere oder vordere Schublade und die lateralen Bänder seien intakt. Die Flexion/Extension im Seitenvergleich sei vollumfänglich möglich. Eine leichte Druckdolenz bestehe am rechten OSG über dem medialen Bandapparat und Sustentaculum

tali. Die bisherige Physiotherapie mit Training in allen Freiheitsgraden mit eingeschränkter Belastung ohne Volllast sei weiterzuführen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 %. 3.2

3.2.1

Med. pract. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH und Ultraschaldiagnostik FMH, berichtete am 14. November 2015 (Urk. 10/M10) aufgrund der Fragen der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2015 (Urk. 10/M9), als unfallbedingte Beschwerden und objektive Befunde bestünden eine Claviculafraktur rechts

mit Operation am 1. Juli 2015, eine leichte Commotio cerebri, eine Lungenkontusion, eine Fraktur der 1. Rippe rechts, eine Knie-Distorsion links mit Nachweis kleiner Impression im femoralen Gleitlager und eine OSG-Distorsion rechts. Behandlungsmassnahmen seien Physiotherapie und Analgesie bei Bedarf, wobei die Behandlung seit 1. November 2015 abgeschlossen sei, da der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig sei. 3.2.2

Das am 4. April 2016 wegen einer persistierenden Visusstörung durchgeführte MRT des Neurokraniums und der Orbitae ergab kleinste, punktförmige, signallose Läsionen im Centrum semiovale beidseits unter rechtsseitiger Bevorzugung, welche wahrscheinlich kleinen Hämosiderinablagerungen entsprechen (differential diagnostisch: kleinste kavernöse Malformationen). Im Übrigen hätten sich die Befunde altersentsprechend normal dargestellt ohne Nachweis andersartiger fokaler hirnorganischer Läsionen (Bericht zuhänden med. pract. C.____ vom 4. April 2016, Urk. 10/M12). 3.2.3

Im Bericht vom 18. Juli 2016 (Urk. 10/M11) hielt med. pract. C.____ fest, er verweise auf den letzten Bericht vom 14. November 2015. Seither sei der Beschwerdeführer regelmässig in seine Sprechstunde gekommen aufgrund diverser medizinischer Problematiken, die jedoch keinen Zusammenhang zum Unfall geschehen hätten. Der Beschwerdeführer arbeite bereits wieder voll als Berufsschweizermeister und berichte nebenbei über leichte residuelle Beschwerden im Bereich des linken Knies sowie des rechten OSG, welche aktuell jedoch keine spezifische Therapie benötigen. 3.3

Im Operationsbericht des D.____ vom 6. Dezember 2016 (Urk. 10/M13) berichteten die Ärzte, der Beschwerdeführer habe sich ein dreiviertel Jahre postoperativ vorgestellt, da ihn die Osteosyntheseplatte störe und zusätzlich die Narbe hypertroph sei. Es sei die Indikation zur Osteosynthesematerialentfernung und Narbenkorrektur gestellt und die Operation vorgenommen worden. 3.4

Im MRI vom 7. August 2017 (Urk. 10/M15) hielt der zuständige Radiologe fest, es bestünden akute Beschwerden an der HWS mit Gefühlstörungen in Dig 4 und 5 rechts. Es zeige sich eine breitbasige, rechtsbetonte und nach kranial geschlagene Diskushernie C5/C6 mit Impression des Duralsackes und vermutetem Kontakt zur Nervenwurzel C6 rechts und eine mediane bis paramedian rechts gelegene kleine Diskushernie C6/C7 mit möglichem Kontakt zu C7 rechts. Eine Myelopathie bestehe nicht. 3.5

Am 7. Oktober 2017 hielt med. pract. C.____ fest, der Beschwerdeführer klage seit dem Unfallereignis immer wieder über quälende Spannungskopfschmerzen sowie störende Nacken- und Schulterschmerzen, initial als myofaszial gedeutet. Unter intermittierender medikamentöser Analgesie und wiederholten physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Beschwerden weitestgehend stabilisiert werden können, seien jedoch nie vollständig regredient gewesen. Im August 2017 sei es schliesslich zu einer Progredienz der Schulter-Nackenschmerzen mit radikulärer Komponente in den rechten Arm gekommen. Im angefertigten MRT der HWS habe sich schliesslich eine Diskushernie der Wurzeln C6 und C7 rechts nachweisen lassen. Unter erneuter Physiotherapie und analgetischen Massnahmen seien die Beschwerden derzeit stabil und regredient und der Beschwerdeführer sei momentan unter leichtgradigen Beschwerden voll arbeitsfähig. Da die Beschwerden bereits seit dem Unfallereignis im Juli 2015 bestünden und vor dem Unfallereignis diesbezüglich vollkommen beschwerdefreiheit bestanden habe, sei von einer Unfallkausalität auszugehen. Ein Abschluss der Therapie sei momentan, trotz vollständiger Arbeitsfähigkeit, noch nicht absehbar. 3.6

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurologie, legte in seiner Aktenbeurteilung vom 8. November 2017 (Urk. 6/M16 S. 3) dar,

der Verlauf nach dem Unfall habe sich erfreulich gezeigt und nach knapp vier Monaten sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht worden. Die am 17. Oktober 2017 vom Hausarzt erwähnten Diskushernien C6/7 und C5/6 seien mehr als zwei Jahre nach dem Unfall festgestellt worden. Die für eine Unfallkausalität bei traumatischen Diskushernien verlangten Diagnosekriterien seien nicht aktenkundig und angesichts der Sichtung der MRI-Bilder HWS müsse von degenerativen Veränderungen ausgegangen werden, welche keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. Juli 2015 zeigten. 3.7

Med. pract. C.____ führte im Schreiben vom 29. Dezember 2017 (Urk. 10 /M17) aus, zwischenzeitlich hätten sie den schriftlichen Befund des CT Schädels und der HWS aus dem B.____ erhalten. Gemäss dem Bericht des Radiologen Dr. A.____ sei auf den CT Aufnahmen der HWS ein Luft einchluss im Bereich der Hinterkante von HWK 6 ersichtlich, welcher als post traumatische Schädigung des entsprechenden Bandscheibenfaches zu deuten sei. Der Beschwerdeführer berichte seit dem Unfallereignis über andauernd wiederkehrende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter, wobei die Lokalisation des pathologischen Befundes im damaligen CT Befund mit der Lokalisation der diagnostizierten Diskushernie im MRT vom 17. August 2017 übereinstimme. Aus seiner Sicht sei damit die Unfallkausalität klar bewiesen. 3.8

Dr. med. F.____, Physikalische Medizin u. Rehabilitation spez. Rheumakerkrankungen FMH, und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, legte in seiner Aktenbeurteilung vom 29. August 2018 dar (Urk. 10 /M19 S. 3 f.), beim Beschwerdeführer werde über Beschwerden an der Halswirbelsäule in der medizinischen Dokumentation erstmals 27 Monate nach dem Ereignis mit einer Ausstrahlungssymptomatik in den rechten Arm berichtet. Zwar habe der Hausarzt gemeldet, dass die Beschwerden schon lange zuvor bestanden hätten, nämlich schon seit dem Unfallereignis. Dies könne aber aufgrund der Aktenlage nicht nachvollzogen werden, da er selber am 14. November 2015 festgehalten habe, dass die Behandlungen seit

dem 1. November 2015 abgeschlossen

und der Beschwerdeführer wie der voll arbeitsfähig gewesen sei. Es würden auch in keinem der Spruchstundenberichte des B.____ Nacken- oder Armschmerzen festgehalten und es fehlten die erforderlichen ereignisnahen klinischen Belege. Bezüglich Kausalität fehle es damit auch an einer Brückensymptomatik.

Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, vor allem in den beiden Bandscheibenfächern der unteren Halswirbelsäule, können im Sinne einer Prädispositionstelle schon sehr frühzeitig auftreten, dies aufgrund der dort exzentrisch verlaufenden Rotationsachse der menschlichen Halswirbelsäule. Das Argument der Jugend, welches gegen eine Degeneration sprechen sollte, müsse deshalb relativiert werden. Beim Betrachten der Computertomografie vom 6. Juli 2015 seien in den Seitenbildern sowohl in den T1 wie auch in den T2 gewichteten Aufnahmen die intradiskalen Lufteinlagerungen im dorsalen Abschnitt der zwei Bandscheiben zu sehen. Zu sehen sei aber auch eine beginnende ventrale Spondylose, beginnend bei der Bodenplatte von HWK 5 übergehend in die Deck- und Bodenplatten von HWK 6. Es sei davon auszugehen, dass die

Lufteinschlüsse einem Vakuumphänomen entsprechen, dies als

Folge der degenerativen Stoffwechsellage innerhalb der beiden Bandscheiben, und dass diese

Phänomen bereits zu einem Zeitpunkt vor dem Ereignis vom 6. Juli 2015 zu einer beginnenden spondylophytären Reaktion geführt habe. Aus zeitlichen Gründen könnten diese Befunde nicht mit dem Ereignis vom 6. Juli 2015 entstanden sein. Vielmehr handle es sich dabei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen stillen Vorzustand. Zwei Jahre nach dem Ereignis habe man dann das weitere Fortschreiten der degenerativen Prozesse mit Entwicklung der beschriebenen Bandscheibenvorfälle erkannt, wie es

in der Kernspintomografie vom 17. August 2017 festzustellen gewesen sei. In der Kernspintomografie vom 17. August 2017 seien die zwei dehydrierten Bandscheiben mit den beschriebenen Vorfällen und wiederum die nun bereits etwas weiter fortgeschrittene ventrale Spondylose beginnend bei HWK 5 bis zur Bodenplatte von HWK 6 zu sehen. Da keine strukturellen Unfallfolgen der Halswirbelsäule nachzuweisen und ereignisnah keine subjektiven Beschwerden dokumentiert seien, könne das Ereignis vom 6. Juli 2015 (gemeint 2015) zu keiner Verschlimmerung dieses Vorzustandes beigetragen haben, weder vorübergehend noch richtunggebend. 4.4.1

Wie das Bundesgericht in Fortführung der Rechtsprechung des seinerzeitigen Eidgenössischen Versicherungsgerichts wiederholt festgehalten hat, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (vgl. anstatt vieler: Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 22/01 vom 29. Oktober 2002, U 176/01 vom 23. April 2002, U 486/00 vom 26. Februar 2002 und U 459/00 vom 18. Februar 2002, je mit Hinweisen auf weitere höchstrichterliche Urteile und die medizinische Doktrin; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_755/2018 vom 11. Februar 2019 E. 4.4.2 und 4.4.3).

4.2

4.2.1

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem geltend gemachten Ereignis und dem Gesundheitsschaden wird in erster Linie mittels der Angaben medizinischer Fachpersonen geführt. Vorliegend ergeben die medizinischen Unterlagen dabei, dass die Bildgebung der HWS am Unfalltag einerseits einen kleinen Lufteinschluss im Bereich der Hinterkante von HWK6 zeigte,

welcher vom Radiologen als mögliche Traumafolge gewertet wurde. Andererseits kamen aber auch Bogenschlussstörungen einzelner HWK sowie eine juvenile Aufbaustörung der

BWS und LWS

zur Darstellung, die unbestrittenermassen einem

Vorzustand zuzuschreiben sind (vgl. E. 3.1.1). Dr. F.____ stellte bei der Beurteilung der CT-Bilder vom 6. Juli 2015 neben den Lufteinschlüssen auf Höhe der Bandscheiben C5/6 und C6/7 auch eine beginnende Spondylose und somit degenerative Veränderungen fest (vgl. E. 3.8). Damit zeigte sich die Wirbelsäule trotz des relativ jungen Alters des im Unfallzeitpunkt rund 25½-jährigen Beschwerdeführers bereits vorbelastet. Im Weiteren ist in Bezug auf die strittige Unfallkausalität der

behandlungsbedürftigen

Diskushernien

auf Höhe C5/C6 und C6/C7 festzustellen, dass diese erst mals im

MRI vom 17. August 2017 und damit mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis zur Darstellung gelangten.

4.2.2

Der Beschwerdeführer macht unter Bezugnahme auf den Bericht seines Hausarztes vom 17. Oktober 2017 geltend, dass er seit dem Unfallereignis immer wieder über quälende Spannungskopfschmerzen und störende Nacken- und Schulterschmerzen geklagt habe. Dieser schloss jedoch seine Behandlung anfangs November 2015 ab (vgl. E.

3.2.1) und bestätigte im Juli 2016 noch, dass er den Beschwerdeführer lediglich aufgrund diverser medizinischer Probleme ohne Zusammenhang mit dem Unfall sehe (E.

3.2.2) und gemäss dem im Verfahren eingereichten Bericht der Physiotherapie

G.____ vom 16. November 2016 wurde ab diesem Zeitpunkt auch keine Physiotherapie mehr durchgeführt (vgl. Urk. 3/12). Von einer Progredienz der Schulter-Nackenbeschwerden

mit radikulärer Komponente

war in der Folge erst mals

ab August 2017 aufgrund des Berichtes des Hausarztes vom 17. Oktober 2017

die Rede (E. 3.5). Die Beschwerden haben damit zumindest zwischen November 2016 und August 2017 zu keiner nachgewiesenen anhaltenden Behandlungsbedürftigkeit und aufgrund der Aktenlage bereits seit Anfang November 2015 auch nicht mehr zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. 4.3

Aufgrund der erwähnten radiologischen Befunde (vgl. E. 4.2.1) ist als erstellt zu betrachten, dass die Diskushernien direkt nach dem Unfall noch nicht vorgelegen hatten und sie erst in der Zeit nach dem Unfall entstanden sind. Damit fällt sowohl eine unmittelbare Verursachung der Hernien durch den Unfall als auch eine unmittelbare Auslösung eines hernienbedingten Beschwerdeschubes ausser Betracht.

Da im Anschluss an den Unfall nicht von hernienbedingten Beschwerden auszu gehen war , konnte im August 2017 auch kein Rezidiv eines früheren Beschwerdeschubes vorliegen (vgl. E. 4.1). Ob die für eine Leistungspflicht unter dem Titel «Rezidiv» erforderlichen Brückensymptome zu bejahen wären, könnte somit offenbleiben, sie sind aber zu verneinen. Die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden bilden mit den im August 2017 aufgetretenen progredienten Symptomen mit radikulärer Komponente keine Einheit. Zudem lag zwischen November 2016 und August 2017 ein circa neunmonatiger Behandlungsunterbruch vor, und eine Arbeitsunfähigkeit bestand seit Anfang November 2015 nicht mehr (vgl. E. 4.2.2). 4.4

4.4.1

Zu prüfen ist, ob die Diskushernien als mittelbare Unfallfolgen zu betrachten sind. Dies setzt voraus, dass der Unfall vom 6. Juli 2015 einen (anderen) Gesundheitsschaden entweder verursacht oder richtunggebend verschlimmert hat und dies er zumindest teilursächlich ist für die neu (Spätfolge) aufgetretenen Hernien beziehungsweise Hernienbeschwerden (Urteil des Bundesgerichts U 62/07 vom 9. Januar 2008 E. 4). In Betracht fallen diesbezüglich - namentlich aufgrund der Ausführungen von med. pract. C.____ - die auf den Aufnahmen vom 6. Juli 2015 dokumentierten intradiskalen Lufteinschlüsse beziehungsweise eine beim Unfall vom 6. Juli 2015 eingetretene Bandscheibenschädigung mit Langzeitfolgen. 4.4.2

Nach den Ausführungen von Dr. F.____ entsprechen die Lufteinschlüsse einem Vakuumphänomen als Folge der degenerativen Stoffwechsellage innerhalb der beiden Bandscheiben, welche Stoffwechsellage bereits vor dem Ereignis vom 6. Juli 2015 zu einer spondylophytären Reaktion geführt habe. Es sei von einem stillen, degenerativen Vorzustand auszugehen, welcher sich bis im August 2017 weiter ausgeprägt habe (Urk. 10/M19 S. 1 und S. 4). Diese Beurteilung, welche in Kenntnis der Akten und in eigener Würdigung der radiologischen Befunde erfolgt ist, - die Würdigung radiologischer Befunde liegt auch in der Fachkompetenz eines Rheumatologen -, vermag zu überzeugen. Dies nachgerade, weil der Unfall vom 6. Juli 2015 auch zu keinen Verletzungen der Halswirbelkörper geführt hat, sondern vielmehr diesbezüglich anlagebedingte Störungen und degenerative Veränderungen festgestellt wurden. Auch nach der Beurteilung von Dr. E.____ liegen degenerative Veränderungen vor (vgl. E. 3.6). Dass - wie med. pract. C.____ - im Bericht vom 29. Dezember 2017 festhielt, die Lokalisation des von Dr. A.____ festgehaltenen Lufteinschlusses mit der nun entstandenen Diskushernie übereinstimmt, spricht bei objektiver Betrachtung weder für noch gegen eine unfallbedingte Verursachung des Lufteinschlusses und der Diskushernien (vgl. E. 3.7). Dr. A.____ ging als Radiologe bezüglich des von ihm festgehaltenen Lufteinschlusses im Bereich der Hinterkante von HWK6 sodann nur von einer möglichen Unfallfolge aus, und in der ebenfalls von ihm signierten Kurzbefundung vom 6. Juli 2015 fehlt jeglicher Hinweis darauf (Urk. 10/M18, Urk. 10/M1 Anhang). Angesichts dieser Umstände sind von zusätzlichen Abklärungen, - wie etwa der Einholung einer zusätzlichen radiologischen Beurteilung des CT vom 6. Juli 2015 - keine neuen, entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten. Namentlich ist nicht anzunehmen, dass aufgrund eines zusätzlichen ärztlichen Berichts eine radiologisch nachweisbare, unfallbedingte Bandscheibenschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten könnte (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 131 I 153 E. 3 mit Hinweisen). 4.4.3

Das beim Unfall erlittene Trauma ohne ausgewiesene strukturelle Läsion an Wirbelsäule und Bandscheiben konnte somit nur zu vorübergehenden Beschwerden führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_755/2018 vom 11. Februar 2019 E. 4.4.2 und 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Es kann jedoch nicht ursächlich für die Fortschreitung des degenerativen Prozesses und die Entstehung der am 17. August 2017 diagnostizierten Diskushernien sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_677/2007 vom 4. Juli 2008 E. 6.2 und U 62/07 vom 9. Januar 2008 E. 4).

5.

Nach dem Gesagten ist das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 6. Juli 2015 und den erstmals im MRI vom 17. August 2017 dargestellten Diskushernien

nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, wofür der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislast zu tragen hat (E. 1.3.3 hiervor).

Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht demgemäss zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - AXA Versicherungen 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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