

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00130 vom 7. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00130)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00130 du 7 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00130 del 7 aprile 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1992, war seit dem 1. Juni 2018 als Maurer bei der Y.\_\_\_\_, Zürich, angestellt und damit bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er

gemäss Angaben in der Schadenmeldung vom 9. Juli 2018 am 26. Juni 2018

auf der Baustelle von einem etwa 80 cm hohen Podest gesprungen sei, wobei es beim Landen im unteren Rücken/Hüfte geknackt habe und ein dauerhafter Schmerz entstanden sei. Als Art der Verletzung wurde eine Stauung der Wirbelsäule angegeben. Ab dem 27. Juni 2018 setzte der Beschwerdeführer die Arbeit aus, nahm sie aber am 5. Juli 2018 wieder zu 100 % auf

(vgl.

Urk. 9/1 S. 1 Ziff.

### E. 1.1

UV170040 Gegenstand der Unfallversicherung, Gesetzestext, gültig ab 1.1.2017 08.2018  
Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Abs. 2): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

### E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der

versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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**

UV170060 Kausalzusammenhang natürlich, Vorzustand krankhaft, Beweiswürdigung 01.2015 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 blosser 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/ 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 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 begründete in ihrem

Einspracheentscheid ( Urk. 2) die Leistungseinstellung per 31. Oktober 2018 damit, dass gestützt auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_

vom 4. Dezember 2018 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 29. Januar 2019 davon auszugehen sei, dass es sich um eine vorbestehende Diskushernie gehandelt habe, welche degenerativer Genese sei. Passend dazu hätten sich im MRI keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen gefunden. Auch sei nicht vorstellbar, dass nach akutem Auftreten einer derartigen Diskushernie die Beschwerden in so kurzer Zeit wieder zurückgingen, so dass eine Arbeitsfähigkeit als Maurer habe erreicht werden könne. Auch eine richtunggebende Verschlimmerung sei aufgrund des Fehlens von unfallbedingten Läsionen in der Bildgebung nicht überwiegend wahrscheinlich. Kontusionen heilten nach kurzer Zeit aus, so dass der Status quo sine spätestens vier Wochen nach dem angegebenen Ereignis erreicht gewesen sei (S. 3 f. Ziff. 3 lit. a). Diese Beurteilung gehe auch einher mit der Rechtsprechung. Zudem habe der Beschwerdeführer unbestrittenermassen bereits im Jahr 2011 an einem akuten Lumbovertebralsyndrom und einer Symptomatik des Iliosakralgelenkes (ISG) gelitten (S. 4 f. lit. b). Demnach sei spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis vom 26. Juni 2018 ab dem 31. Oktober 2018 der Status quo sine erreicht gewesen, so dass kein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen bestehe (S. 5 lit. c). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von

unfallbedingten Ursachen nicht erbracht, zumal auf die Beurteilung durch Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_ nicht abgestellt werden könne. So habe er den Beschwerdeführer nie persönlich untersucht, und seine Beurteilungen seien nicht beweiswertig. Dr. Z. \_\_\_ sei entgegenzuhalten, dass es vorliegend gar nicht um die Frage gehe, ob die grosse Diskushernie L5/S1 durch den Unfall entstanden sei oder nicht. So sei der mikrochirurgische Eingriff am 9. November 2018 zur Beseitigung von Sequestern erfolgt (S. 5 ff. Ziff. 7.3). Nur diese Fragmente, nicht aber die ansonsten intakte feste Bandscheibe, hätten während der Operation entfernt werden müssen, weil nur diese die Nervenwurzel S1 komprimiert hätten. Dr. Z. \_\_\_ sei auf diese Sequester nicht eingegangen. Es liege auf der Hand, dass diese Sequester sich aufgrund des Unfalls von der Bandscheibe getrennt hätten (S. 7 oben). Weiter habe Dr. Z. \_\_\_ den Umstand übergangen, dass schon am Tag nach dem Unfall, wie aus der Krankengeschichte (KG) von Dr. A. \_\_\_ zu entnehmen sei, Ausstrahlungen nach gluteal links mehr als rechts bestanden hätten (S. 7 Mitte). Zudem seien die von Dr. Z. \_\_\_ wiedergegebenen Literaturzitate bei ihm nicht einschlägig, da er zum Zeitpunkt des Unfalls mit 26 Jahren noch jung gewesen sei. Weiter bestehe bei ihm weder eine Adipositas noch eine schlechte Kondition (S. 7 f. unten). Der Umstand schliesslich, dass Dr. Z. \_\_\_ eine einmalige, sieben Jahre zurückliegende, innert Monatsfrist wieder verschwundene Episode mit Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS) als wesentlichen Beleg für eine ausschliesslich degenerative Genese anführe, zeige auf, wie fadenscheinig seine Kausalitätsbeurteilung sei. Demnach bestünden nicht nur geringe, sondern ganz erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen (S. 8 f.

Ziff. 7.3.3). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass es sich bei einer Sequestration, anders gesagt einem Prolaps mit Bandscheibensequestern, um einen Bandscheibenvorfall beziehungsweise eine Diskushernie in einem bestimmten Stadium handle. Die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers gingen damit ins Leere (vgl. S. 3 Ziff. 4.4-5). Zudem fehle es bei der Behauptung, dass sich diese Sequester aufgrund des Unfalls von der Bandscheibe getrennt hätten, an jeglicher medizinischen Basis (S. 3 f. Ziff. 4.6). Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_ habe sehr wohl festgehalten, dass gemäss dem KG-Eintrag von Dr. A. \_\_\_ vom 27. Juni 2018 über nach gluteal links mehr als rechts ausstrahlende Schmerzen berichtet worden sei. Er habe jedoch festgehalten, dass eine fehlende Dokumentation eines sensomotorischen Defizites bestanden habe (S. 4 Ziff. 4.7). Schliesslich sei eine Aktenbeurteilung ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers zulässig gewesen, zumal die vorliegenden Akten ein vollständiges Bild gezeigt hätten. Strittig sei lediglich die Unfallkausalität gewesen (S. 5 Ziff. 4.9). 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob die erfolgte Leistungseinstellung per 31. Oktober 2018 betreffend das Ereignis vom 26. Juni 2018 zu Recht erfolgt ist. 3. 3.1

Gemäss Schadenmeldung UVG vom 9. Juli 2018 (Urk. 9/1) sei der Beschwerdeführer am 26. Juni 2018 von einem etwa 80 cm hohen Podest gesprungen, wobei es beim Landen im untern Rücken/Hüfte geknackst habe und ein dauerhafter Schmerz entstanden sei. Da der Schmerz nicht nachgelassen habe und er kaum habe sitzen, laufen oder sich bücken können, sei er zum Arzt gegangen (S. 1 Ziff. 4, S. 2). Zu der Verletzung wurde ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer eine Stauchung der Wirbelsäule zugezogen habe. Die Arbeit sei ab dem 27. Juni 2018 ausgesetzt und am 5. Juli 2018 wieder zu 100% aufgenommen

worden ( S. 1 Ziff. 9-10).

### 3.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, nannte nach am 14. September 2018 durchgeführtem MRI der LWS und des ISG in seinem gleichentags erstellten Bericht ( Urk. 9/9) als Diagnose eine grosse Diskusextrusion links paramedian auf Höhe LWK5/SWK 1 mit rezessaler Kompression der Wurzel S1 links.

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, gemäss den klinischen Angaben sei es am 27. Juni 2018 zu einem Unfall mit Kontusion der LWS und einem lumbospondylogenen Syndrom (LSS) gekommen. Seit Ende Juli 2018 habe der Beschwerdeführer wieder Rückenschmerzen links mit Ausstrahlung ins linke Bein. Dr. B.\_\_\_\_ führte zum Befund aus, dass die übrigen Segmente der LWS keine Diskushernie gezeigt hätten, ebenso keine deutlichen degenerativen Veränderungen oder höhengeminderte Wirbelkörper. Es habe sich kein Knochenödem und keine Bandläsion gefunden, auch kein Weichteilödem. Es bestehe eine leichte linkskonvexe Skoliosehaltung und eine diskrete, eher unspezifische Signalanhebung am Os ilium

cranial rechts betont, möglicherweise technisch bedingt. 3.3

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellt in ihrem Arztzeugnis UVG vom 24. September 2018 ( Urk. 9/11) folgende Diagnosen ( Ziff. 5): - persistierende Lumboischialgie links bei - Status nach Kontusion der LWS am 26. Juni 2018 - Diskushernie L5/S1 links

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, dass die Erstbehandlung am 27. Juni 2018 erfolgt sei ( Ziff. 1). Der Patient habe angegeben, dass er von einem etwa 80 cm hohen Podest gesprungen sei und es beim Landen in der unteren LWS geknackst und er Schmerzen verspürt habe. Bei persistierenden Schmerzen sei erneut eine Konsultation am 12. September 2018 erfolgt ( Ziff. 2). Ab dem 27. Juni bis 4. Juli 2018 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine solche habe auch ab dem 12. September 2018 bestanden, wobei am 24. September 2018 eine Arbeitsaufnahme in einem Pensum von 50 % erfolge ( Ziff. 8-9, vgl. Urk. 9/22 /1 ). 3.4

Dr. C.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 20. September 2018 ( Urk. 9/10) folgende Diagnosen (S. 1): - Lumboischialgie links - Diskushernie L5/S1

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, dass er den Beschwerdeführer am 20. September 2018 untersucht habe (S. 1 Mitte). Dieser habe im Juni des Jahres auf der Baustelle nach einem Sprung aus etwa einem Meter Höhe eine akute Lumboischialgie links seitig mit Ausstrahlung über die dorsale Beinseite bis zum lateralen Fussrand erlitten. Initial habe sich noch keine voll ausgeprägte Ischialgie gezeigt, im Verlauf sei es dann aber zu einer Zunahme gekommen. Unter konservativen Massnahmen sei eine zwischenzeitliche Besserung erreicht worden, jedoch sei es im September 2018 wieder zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, dass in der beruflichen Tätigkeit als Maurer seit dem 12. September 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 1 unten). Aufgrund der nun seit drei Monaten bestehenden, progredienten Beschwerden und der Grösse des Befundes könne die relative Indikation zur mikrochirurgischen Sequestrektomie L5/S1 links gestellt werden, was dem Patienten auch empfohlen worden sei (S. 2 unten). 3.5

In seinem Operationsbericht vom 9. November 2018 ( Urk. 9/35/6-8) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass bei bestehender Lumboischialgie links und einer Diskushernie L5/S1 links eine mikrochirurgische Sequesterektomie L5/S1 links mit Neurolyse S1 links durchgeführt worden sei.

Zur Indikation führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass beim Patienten seit Juni des Jahres nach einem Sprung aus etwa einem Meter Höhe auf der Baustelle akute Lumboischialgien linksseitig mit Ausstrahlung über die dorsale Beinseite bis zum lateralen Fussrand bestünden und unter konservativen Massnahmen keine relevante Besserung eingetreten sei (S. 1 Mitte). Der radiologische Hauptbefund sei eine Diskushernie L5/S1 linksseitig mit Kompression des Wurzelabganges S1 links (S. 2 oben).

Zum technischen Vorgehen hielt Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem fest, dass sich ventral des Wurzelabganges bereits die erwartete Raumforderung gezeigt habe, welche noch subligamentär gedeckt sei. Es sei eine Perforation des hinteren Längsbandes erfolgt und ein Hervorluxieren multipler Sequesteranteile. Über die Mittellinie hätten zusätzlich subligamentäre

Sequesteranteile hervorgemolken werden können. Die Bandscheibe selbst palpiere sich fest und werde aus Stabilitätsgründen belassen. Der Wurzelabgang S1 sei neurolysiert worden, und nach kaudal hätten sich freie Platzverhältnisse gezeigt. Die neuralen Strukturen seien nun locker mobilisierbar und spannungsfrei (S. 2 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe postoperativ seine Beine seitengleich bewegt. Die Mobilisation erfolge nach Massgabe der Beschwerden. Es sei eine Instruktion für ein Heimprogramm gegeben worden. Die klinische Verlaufskontrolle erfolge ambulant nach sechs Wochen (S. 2 unten). 3.6

Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom

4. Dezember 2018 ( Urk. 9/21/ 2) aus, dass der Beschwerdeführer

gemäss dem K G -Eintrag von Dr. A.\_\_\_\_

bereits im Jahr 2011 unter einer

lumbovertebralen und einer ISG-Symptomatik linksseitig gelitten habe. Gemäss dem K G -Eintrag von Dr. A.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2018 habe ein lumbospondylogenes Syndrom (LSS) linksbetont und ein Muskelhartspann gluteal nach Kontusion der LWS bestanden. Es seien keine sensomotorischen Ausfälle beschrieben worden. Zunächst sei dann eine Besserung eingetreten und eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht worden. Es sei eine erneute Vorstellung am 12. September 2018 und ein MRI am 14. September 2018 erfolgt, wo sich keine unfallbedingten strukturellen Läsionen (keine Fraktur, keine

bruise, Verletzungen an Weichteilen oder Bändern) gezeigt hätten.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, dass damit am 26. Juni 2018 überwiegend wahrscheinlich lediglich eine Kontusion der LWS ohne unfallbedingte strukturelle Läsion und insbesondere keine traumatische Bandscheibenläsion (sondern eine vorbestehende degenerative Diskushernie) und auch keine richtunggebende Verschlimmerung eingetreten sei, da keinerlei sensomotorisches Defizit, eine zwischenzeitliche Beschwerdebesserung und auch eine volle Arbeitsfähigkeit eingetreten seien, was mit einer akuten frisch aufgetretenen Bandscheibenhernie nicht möglich und vereinbar gewesen wäre. Der Status quo sine sei somit spätestens vier Wochen

nach dem angegebenen Ereignis eingetreten. 3.7

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 29. Januar 2019 (Urk. 9/38) wiederholte Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_

seine bereits in der Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 3.6) getätigten Ausführungen.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte zusammenfassend aus, dass bei dem Ereignis vom 26. Juni 2018 keinerlei unfallbedingte strukturelle Läsionen aufgetreten seien und sich nach dem Ereignis keine radikuläre Symptomatik und insbesondere kein sensomotorisches Defizit gefunden habe. Die Ersterwähnung von sensiblen Störungen sei am 12. September 2018 erfolgt. Nach kurzer Zeit sei eine Beschwerderegredienz aufgetreten, sodass die Wiederaufnahme der Arbeit möglich gewesen sei. Dies alles, auch die frühere Episode von Rückenschmerzen, spreche für eine ausschliesslich degenerative Genese der Diskushernie, und eine richtunggebende Verschlimmerung sei aufgrund des Fehlens von unfallbedingten Läsionen in der Bildgebung nicht überwiegend wahrscheinlich.

Gesamthaft trete aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Kontusion der LWS bei - degenerativ - vorbestehender Diskushernie L5/S1 auf, ohne jegliche unfallbedingte strukturelle Läsion und somit auch ohne Anhaltspunkte für eine richtunggebende Verschlimmerung. Bei nach dem Ereignis fehlender radikulärer Symptomatik könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Bandscheibenhernie zu diesem Zeitpunkt symptomatisch geworden sei. Dies sei erst im September 2018 aufgetreten, jedoch nicht unfallbedingt, sondern im Rahmen des natürlichen Verlaufs der degenerativen Erkrankung. Kontusionen heilten jedoch nach allgemeiner Erfahrung innerhalb kurzer Zeit wieder aus, sodass der Status quo sine spätestens vier Wochen nach dem angegebenen Ereignis erreicht sei (S. 5 Mitte). 4.

#### **E. 4**

-5 und Ziff. 9-10, S. 2). Die Suva anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht (Urk. 9/2). Nach kreisärztlicher Beurteilung von Dr. med.

Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 4. Dezember 2018 (Urk. 9/21/2), stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen durch

Dr. Z.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2018 und vom 29. Januar 2019

(vgl. vorstehend E. 3.6-7) davon aus, dass die anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 14. September 2018 (vgl. vorstehend E. 3.2) festgestellte Diskushernie ausschliesslich degenerativer Genese sei und dass es beim Ereignis vom 26. Juni 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich zu einer Kontusion der LWS gekommen sei, welche nach vier Wochen als ausgeheilt zu betrachten sei. Eine richtunggebende Verschlimmerung des angenommenen Vorzustandes wurde als nicht überwiegend wahrscheinlich betrachtet (vgl. vorstehend E. 2.1 und E. 2.3).

#### **E. 4.2**

Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer

Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, 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) unverzüglich 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 in Anbetracht der Unfallbeschreibung in der Schadenmeldung vom 9. Juli 2018 (vgl. vorstehend E. 3.1)

sowie jener der Hausärztin

Dr. A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 24. September 2018 (vgl. vorstehend E. 3.3) eine erforderliche Schwere des Unfallereignisses vom 26. Juni 2018 ohne weiteres verneint werden, unabhängig davon, ob das Podest nun 80 cm oder, wie von Dr. C.\_\_\_\_ ausgeführt, 1 Meter hoch gewesen ist (vgl. vorstehend E. 3.4-5).

Soweit der Beschwerdeführer geltend machen will, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich der am 9. November 2018 durchgeführten Operation (vgl. vorstehend E. 3.5) entfernten Sequesteranteile unfallbedingter Genese seien und sich die Bandscheibe, wie aus dem Operationsbericht vom 9. November 2018 hervorgehe, ja ansonsten in gutem Zustand präsentiert habe, erweist sich diese Aussage als nicht durch die fachärztlichen Berichte gestützt. So führte auch Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass als radiologischer Hauptbefund eine Diskushernie L5/S1 linksseitig mit Kompression des Wurzelabganges S1 links bestehe. Von einer an

sich intakten Bandscheibe kann also nicht gesprochen werden. Zudem ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass es sich, wie sie in ihrer Beschwerdeantwort (vgl. vorstehend E. 2.3) ausführte, bei einer Sequestration lediglich um eine mögliche Erscheinungsform eines Bandscheibenvorfalles handelt.

Das Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2), dass aufgrund seines Alters und seiner Konstitution von der genannten Erfahrungstatsache, wonach

praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, abzuweichen sei, erweist sich damit als wenig hilfreich.

Zusammenfassend fällt damit das Unfallereignis vom 26. Juni 2018 mangels der erforderlichen Schwere als direkte Ursache der Diskushernien ausser Betracht.

#### **E. 4.4**

) oder ob, wie Dr. Z.\_\_\_\_ ausführte, es sich um eine einfache Kontusion gehandelt hat und der Status quo sine bereits vier Wochen nach dem Unfallereignis vom 26. Juni 2018 erreicht gewesen wäre (vgl. vorstehend E. 3.6-7).

Diese Frage kann jedoch in Anbetracht dessen, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungen erst rund vier Monate später auf den 31. Oktober 2018 eingestellt hat, offengelassen werden, denn selbst bei der Annahme einer durch das Unfallereignis aktivierten Diskushernie würde

gemäss der dargelegten Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 4.4) keine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin resultieren.

#### **E. 4.5**

Festzuhalten ist, dass die bildgebenden Abklärungen vom 14. September 2018 keine unfallbedingten Verletzungen zeigten, namentlich kein Knochenödem, keine Bandläsion und auch kein Weichteilödem. Weiter wurde keine richtunggebende Verschlimmerung festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.2).

Zu prüfen bleibt demnach lediglich, ob das Unfallereignis vom 26. Juni 2018 den degenerativen Vorzustand aktiviert hat und gemäss den oben dargelegten Grundsätzen der Status quo sine nach drei bis vier Monaten erwartet werden kann (vgl. vorstehend E. 3.2).

#### **E. 4.6**

Aufgrund des Gesagten ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mangels Vorliegen eines rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 26. Juni 2018 und den vom Beschwerdeführer über den 31. Oktober 2018 hinaus weiterhin geklagten Beschwerden keine Leistungspflicht trifft.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtsens, 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 Dr. iur. André Largier - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

#### **E. 6**

. Dezember 2018 (Urk. 9/24) per 31. Oktober 2018 ein.

Die dagegen vom Versicherten am 22. Januar 2019

erhobene Einsprache (Urk. 9/35/1-5) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 2. April 2019 ab (Urk. 9/40 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 20. Mai 2019 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 2. April 201

**E. 9**

(Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen aus dem Unfall vom 26. Juni 2018 über den 31. Oktober 2018 hinaus zu erbringen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2019 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 25. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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