

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00273**

## **vom 1. Juli 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2019.00273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00273)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00273 du 1 juillet 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00273 del 1 luglio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1974, arbeitet als Maschinenmechaniker/Fertigungsangestellter bei der Y.\_\_\_\_ GmbH. Am 3. August 2018 meldete er der Suva, dass er sich am 3. Juli 2018 beim Anheben eines schweren Teils eine Stauchung der Wirbelsäule links zugezogen habe (Urk. 6/1). Der erstbehandelnde

Arzt nannte als Diagnose den Verdacht auf eine Lumboischialgie, Differentialdiagnose (DD) Lumboradikulärsyndrom (LRS) L5/S1 links (Urk. 6/9 Ziff. 5). Nachdem der Versuch einer konservativen Therapie keine zufriedenstellenden Ergebnisse gezeigt hatte, wurde am 28. Juli 2018 ein Bandscheibenvorfall LWK 4/5 links mikrochirurgisch entfernt und vom 24. Juli bis 10. September 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 6/3).

Am 25. Oktober 2018 teilte die Suva dem Versicherten formlos mit, dass sie nicht leistungspflichtig sei (Urk. 6/26). Damit erklärte sich dieser am 6. November 2018 nicht einverstanden (Urk. 6/28), worauf die Suva am 4. Dezember 2018 ihre Leistungspflicht anerkannte, den Fall aber per 3. Januar 2019 abschloss und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte (Urk. 6/36). Nachdem der Versicherte am 24. Januar 2019 dagegen erneut opponiert hatte (6/40), stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 11. Juni 2019 per 3. Januar 2019 ein (Urk. 6/55). Die dagegen gerichtete Einsprache des Versicherten vom 10. Juli 2019 (Urk. 6/59), wies sie mit Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2019 ab (Urk. 6/65 = Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Nach Art.

10 Abs.

1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art.

16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

#### **E. 1.2**

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

die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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

### **E. 1.3**

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

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26.

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

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

#### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 2**

.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 3. Januar 2019 mit der Begründung ein (Urk. 2), eine besonders schwere Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, sei in Bezug auf das Ereignis vom 3. Juli 2018 nicht anzunehmen. Bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen sei davon auszugehen, dass sich die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach einem Jahr auf jenen Zustand zurückgebildet habe, der sich aufgrund des schicksalsmässigen Verlaufs auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte (S. 10 f. Ziff. 3). Von weiteren medizinischen Abklärungen seien keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (S. 11 Ziff. 4).

Mit Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin überdies geltend (Urk. 5), sie habe zwar unter Annahme eines Unfallereignisses bis 3. Januar 2019 Taggeld und Heilbehandlung geleistet, obwohl die Leistungsvoraussetzung eines Unfalls bei korrekter

Fallbetrachtung nicht bejaht werden könne und sie gar nicht leistungspflichtig gewesen wäre. Die zu Unrecht erbrachten Leistungen entfalten keine Bindungswirkung zu Gunsten des Beschwerdeführers beziehungsweise zu ihren Lasten ( S. 5 lit . d ) .

## **E. 2.2**

Dagegen brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin lege nicht dar, weshalb der Status quo sine bereits nach sechs Monaten eingetreten sein soll (S. 6 oben). Der behandelnde Arzt habe ausführlich und nachvollziehbar begründet, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erst ab 1. Dezember 2018 und die volle Arbeitsfähigkeit erst ab 10. September 2019 habe erreicht werden können (S. 6 f. Ziff. 5.3).

Mit Replik wandte der Beschwerdeführer ein (Urk. 8), es sei der Beschwerdegegnerin nicht freigestellt, die einmal anerkannten Leistungen ohne Rückkommens titel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision ex nunc et pro futuro einzustellen beziehungsweise abzuschliessen. Die Beschwerdegegnerin habe vor liegend die Ausrichtung von Leistungen zuerst abgelehnt und erst nach vertiefter Prüfung des Sachverhalts den Vorgang richtigerweise als Unfall qualifiziert und anerkannt. Sie könne sich deshalb nicht mehr auf ex nunc et pro futuro berufen, zumal weder widersprüchliches Verhalten noch die Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben Rechtsschutz fänden (S. 2 f. Ziff. 2).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 3. Januar 2019 zu Recht eingestellt hat . Da sie keine Leistungsrückerstattung rechts verbindlich angeordnet hat, liegt eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro ab 3. Januar 2019 vor.

## **E. 3**

.

### **E. 3.1**

Med. pract . Z.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 21. August 2018 (Urk. 6/9 )

als Diagnose den Verdacht auf eine Lumboischialgie , Differentialdiagnose (DD) Lumboradikulärsyndrom (LRS) L5/S1 links (Ziff. 5). Der Beschwerdeführer habe sich unbedacht gebückt und dabei eine Drehung gemacht, worauf sich ein Schmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein bemerkbar gemacht habe (Ziff. 2) . Die Erstbehandlung fand am 9. Juli 2018 statt (Ziff. 1) .

### **E. 3.2**

Die Ärzte des Kantonsspitals A.\_\_\_\_ , Interdisziplinärer Notfall, berichteten am 25.

Juli 2018 (Urk. 6/ 22 ; vgl. auch Urk. 6/21 ) , der Beschwerdeführer habe sich bei seit 3 Wochen persistierenden Rückenschmerzen

notfallmässig vorgestellt. Vorgängig habe er etwas an einer Maschine falsch gehoben, wobei die Schmerzen erst tags darauf begonnen hätten. Mit Schmerzmedikamenten seien die Schmerzen über 2 Wochen auszuhalten gewesen, sodass er arbeiten könne .

Seit dem 13. Juli 2018 hätten die Schmerzen begonnen, entlang des dorsalen Oberschenkels und lateralen Unterschenkels ins linke Bein auszustrahlen und seien so stark geworden, dass er nicht mehr gut gehen könne (S. 1 Mitte) .

Die Magnetresonanztomographie ( MRI ) zeige eine grosse fokale Diskusextrusion median bis rezessal beidseits linksbetont mit Kompression der Wurzeln L5 rezessal beidseits linksbetont und eine geringe lokale, diskalbedingte , Duralsackkompression auf Niveau L4-L5

( S. 2 Mitte; vgl. auch Urk. 6/13) .

Es sei eine therapeutische computertomographisch (CT)-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration

durchgeführt worden ( S. 2 unten; vgl. auch Urk. 6/14) .

### **E. 3.3**

Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie, A.\_\_\_\_ , führten mit Bericht vom 15. August 2018 (Urk. 6/10) aus, der Beschwerdeführer habe

an einer fokalen Diskusextrusion median bis rezessal beidseits linksbetont mit Kompression der L5-Wurzeln rezessal beidseits linksbetont gelitten . Am 28. Juli 2018 sei eine mikrochirurgische Entfernung eines Bandscheibenvorfalles LWK

4/5 links erfolgt (S. 1 Mitte; vgl. auch Operationsbericht vom 30. Juli 2018 , Urk. 6/35 /2-3 ). Bei Austritt habe sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand präsentiert, das Gangbild sei normal und die Kraft der unteren Extremität allseits symmetrisch gewesen. Ausser einer minimalen Hypoästhesie im lateralen Unterschenkel hätten keine Sensibilitätsausfälle bestanden (S. 1 unten).

Es sei eine körperliche Schonung für mindestens 3 Monate notwendig. Gelegentliche Rücken- oder Beinschmerzen in den nächsten Wochen seien nicht ungewöhnlich. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. Juli bis 10. September 2018 (S. 2 Mitte).

### **E. 3.4**

Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie, A.\_\_\_\_ , führten mit Bericht vom 27. August 2018 (Urk. 6/16) aus, der Beschwerdeführer habe angegeben , dass er über 3 Wochen nach der Operation gar keine Schmerzen radikulärer Art mehr gehabt habe. Jetzt sei es über Nacht wieder zu einer Ausstrahlung ähnlich wie vor der Operation entlang des dorsolateralen Oberschenkels und lateralen Unterschenkels auf der linken Seite gekommen. Zeitweise komme es zu einem Brennen mit einem Wert von 7/10 auf der visuellen Analogskala (VAS) in Ruhe. Es wurde der Verdacht auf eine Rezidiv-Diskushernie LWK 4/5 links geäußert (S. 1 Mitte).

### **E. 3.5**

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete nach der Untersuchung vom 4. September 2018 am 9. April 2019 (Urk. 6/48) , anhand des anamnestischen und klinischen Verlaufs sowie der Berichte scheine die ganze Behandlung absolut korrekt abgelaufen zu sein. Es sei nicht sinnvoll, übereilt eine Reintervention vorzunehmen. Das Übernährungs-

und Abdichtmaterial löse sich mit der Zeit auf, und es bestünden derzeit keine neurologischen Ausfälle, welche eine zwingende Indikation zur Intervention ergeben

würden. Nach Ablauf von 6 Wochen postoperativ sollte der Beschwerdeführer so rasch wie möglich in sein normales Leben zurück kehren können (S. 2 unten).

### **E. 3.10**

Am 13. Mai 2019 berichtete

Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 6/51) , es bestehe ein Status nach Verhebetauma am 3. Juli 2018 mit anschliessender, akuter Lumboischialgie links. Bei radiologischer Diagnose einer Diskushernie L4/5 links habe am 28. Juli 2018 im A.\_\_\_\_ eine operative Versorgung stattgefunden . Der postoperative Verlauf sei aufgrund der anhaltenden Schmerzen im linken Bein protrahiert gewesen . Die radiologische Kontrolle vom 24. August 2018 (MRI) habe eine Raumforderung im Operationsbereich, wahrscheinlich ein blutstillendes Material, gezeigt. Im nächsten MRI vom 21. November 2018 sei diese Raumforderung nicht mehr sichtbar. Der Beschwerdeführer leide unter intermittierenden Schmerzen im Operationsbereich sowie belastungsabhängigen Beschwerden im linken Bein. Die Situation sei seit Monaten unverändert geblieben. Zurzeit sei er zu 50 % arbeits unfähig. Die Prognose sei grundsätzlich günstig, obwohl zu erwähnen sei, dass ein Rückfall nicht ausgeschlossen sei, insbesondere bei stärkeren, körperlichen Belastungen. Geplant sei die weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % im Juni und auf 100 % im Sommer dieses Jahres.

### **E. 3.11**

Kreisarzt in Dr. C.\_\_\_\_ hielt in der Beurteilung vom 7. Juni 2019

### **E. 3.12**

Dr. D.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 8. Juli 2019 (Urk. 6/59) aus , der Beschwerdeführer klagt immer noch über eine gewisse Anlaufproblematik morgens sowie intermittierende Störungen, Schmerzen und Taubheit im linken Bein, welche mehr oder weniger belastungsabhängig seien . Seit 1. Juni 2019 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % . Seither hätten sich die Beschwerden wieder etwas verstärkt, sodass der Beschwerdeführer häufiger Medikamente einnehmen müsse. Die lokalen Beschwerden seien als Zeichen einer segmentalen Überbelastung L4/5 im Rahmen der bekannten Discopathie (beginnende Osteochondrose ) und einer Facettengelenksproblematik zu sehen. Aus diesem Grund sei am 3. Juli 2019 eine intraartikuläre Cortison-Infiltration der Facettengelenke L4/5 beidseits durchgeführt worden (S. 2 Mitte).

Im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2019 (vorstehend E. 4.11) sei die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer immer noch in ärztlicher Behandlung befinde, nicht erwähnt worden (S. 2 untere Mitte).

### **E. 3.13**

Am 15. Juli 2019 (Urk. 6/61) hielt

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

fest , der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.12) dokumentiere den Behandlungsverlauf aus neurochirurgischer Sicht detailliert. Betreffend die Kausalitätsbeurteilung ergäben sich keine neuen medizinischen Aspekte. Die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall in ununterbrochener medizinischer/neurochirurgischer Behandlung befinde, ändere an ihrer Stellungnahme nichts (S. 1 Mitte). 4. 4.1

Es entspricht 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 (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C\_677/2007 E. 2.3; RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, U 138/99 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts U 159/95 vom 26. August 1996 E. 1b). Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteile des Bundesgerichts U 555/06 vom 10. Dezember 2007 E. 4.2.2; U 163/05 vom 3. Oktober 2005 E. 3.1; U 441/04 vom 13. Juni 2005 E. 3.1).

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil 8C\_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C\_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen). 4.2

Die Angaben, was sich am Unfalltag zugetragen hat, sind widersprüchlich: Laut Unfallmeldung vom 3. August 2018 (Urk. 6/1) hob der Beschwerdeführer ein schweres Stahlteil auf (Ziff. 6 und 7). Der erstbehandelnde Dr. Z.\_\_\_\_ (E. 3.1) berichtete, der Beschwerdeführer habe angegeben, er habe sich unbedacht gebückt und dabei eine Drehung gemacht. Laut Bericht der Ärzte des Interdisziplinären Notfalls, A.\_\_\_\_, soll er angegeben haben, er habe etwas an einer Maschine falsch gehoben (E. 3.2). Auf gezieltes Nachfragen der Beschwerdegegnerin hin schilderte er das Ereignis am 10. August 2018 da hingehend, dass er ein zirka 25 kg schweres Werkstück allein vom Boden aufgehoben habe, um es auf einer Höhe von zirka 1 m in eine Maschine zu legen. Dabei sei er in gebückter Haltung mit dem linken Bein etwas nach links ausgerutscht (Urk. 6/8).

Der Beschwerdeführer nahm erst mals knapp eine Woche nach dem Ereignis ärztliche Hilfe in Anspruch und klagte über einen Schmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein (E. 3.1). Dem Bericht des A.\_\_\_\_, Interdisziplinärer Notfall (E. 3.2), kann entgegengehalten werden, dass die Schmerzen erst einen Tag nach dem Ereignis aufgetreten seien und mit Schmerzmitteln 2 Wochen auszuhalten gewesen seien, sodass der Beschwerdeführer habe weiterarbeiten können. Dementsprechend wurde eine Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 24. Juli 2018 attestiert (E. 3.3). Neben der Diskushernie sind keine weiteren traumaassoziierte Verletzungen der Wirbelsäule aktenkundig. 4.3

Was sich auch immer am 3. Juli 2018 zugetragen haben mag, handelte es sich jedenfalls nicht um ein besonders schweres Unfallereignis, welches geeignet gewesen wäre, eine

Diskushernie zu verursachen. Denn nach der Rechtsprechung ist ein Unfall nur in Ausnahmefällen geeignet eine Bandscheibenverletzung her vorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Urteil des Bundesgerichts U

3/06 vom 6. September 2006 E. 1.2 mit Hinweisen). Eine rein axiale Belastung fand, unabhängig von welcher Unfallschilderung ausgegangen wird, jedenfalls nicht statt. Auch sind die Symptome einer Diskushernie nicht unverzüglich nach dem Ereignis aufgetreten, und der Beschwerdeführer war in der Lage, seine körperlich belastende Tätigkeit, wenn auch unter Einnahme von Schmerzmitteln, während mindestens 2 weiteren Wochen auszuführen (E. 3.2). Damit ist nicht wahrscheinlich, dass sich der Beschwerdeführer eine unfallbedingte Diskushernie zugezogen hat.

Daran ändert auch die Einschätzung durch Dr. D.\_\_\_\_ (E. 3.9) nichts, welcher davon ausging, dass das Ereignis durchaus geeignet gewesen sein soll, eine Diskushernie zu verursachen. Seine Einschätzung gründete darauf, dass es zu einer akuten Gleichgewichtsstörung gekommen sei, durch welche durchaus Kräfte hätten entstehen können, die eine Läsion der Bandscheibe verursachen können. Wie sich diese Kräfte auf die

Wirbelsäule ausgewirkt haben sollen, beschrieb er indessen nicht. Völlig ausser Acht liess er, dass unmittelbar nach dem Trauma keine starken Schmerzen aufgetreten waren, die eine sofortige ärztliche Behandlung oder Niederlegung der (körperlich schweren) Tätigkeit zur Folge hatten. 4. 4

Aber auch eine unfallbedingte richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes ist nicht anzunehmen, gelten doch dafür dieselben Kriterien wie für eine unfallbedingte Diskushernie (vorstehend E. 4.1). Diese sind wie dargelegt (vorstehend E. 4.5) nicht erfüllt. Daher kann vorliegend höchstens davon ausgegangen werden, dass die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch das behauptete Ereignis aktiviert worden ist. Rechtsprechungsgemäss kann das Erreichen des Status quo sine nach drei bis vier Monaten erwartet werden (vorstehend E. 4.1). Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen erst nach 6 Monaten eingestellt hat, ist sie damit ihrer Leistungspflicht mehr als genug nachgekommen. Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer laut Dr.

D.\_\_\_\_ (E. 3.10) prognostisch erst im Sommer 2019 wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sein soll. 4. 5

Zu welchem anderen Schluss weitere medizinische Abklärungen führen sollten (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3), ist angesichts der umfassenden medizinischen Aktenlage nicht ersichtlich, weshalb darauf zu verzichten ist. 4. 6

Nachdem die geltend gemachten Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung auf jeden Fall in keinem kausalen Zusammenhang mehr mit dem behaupteten Ereignis gestanden haben, kann auch offenbleiben, ob es zur Leistungseinstellung eines Rückkommenstitels bedurfte. 5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau - 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 Tiefenbacher

## E. 6

Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie, A.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 2. Oktober 2018 ( Urk. 6/26) als Diagnose ein rezidiertes lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 auf der linken Seite bei Status nach Diskektomie LWK

4/5 von links am 28. Juli 2018. Der Beschwerdeführer präsentiere sich in gutem Allgemeinzustand mit normalem Gangbild. Es lägen keine sensomotorischen Defizite der unteren Extremitäten vor und die Operationsnarbe sei reizfrei verheilt (S. 1 unten). Der Verlauf sei regelrecht bei noch minimalen Restbeschwerden. Der Beschwerdeführer sei noch bis zum 7. Oktober 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Vom

8. bis 31. Oktober 2018 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Weitere neurochirurgische Nachkontrollen seien nicht geplant (S. 2 oben). 3.7

Kreisärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, ging im Bericht vom 22. Oktober 2018 (Urk. 6/23) davon aus, dass der Schaden nicht auf den Unfall zurückzuführen sei. Im MRI seien keine Begleitverletzungen zu erkennen, die Radikulopathie

sei mit einer Latenz von einer Woche aufgetreten und der Bewegungsmechanismus sei nicht geeignet, eine Diskushernie zu verursachen. Die Rekonvaleszenz bei komplikationslosem Verlauf betrage 2-3 Monate postoperativ. 3.8

Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie, A.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 30. Oktober 2018 (Urk. 6/34) als Diagnose eine partielle Restitutio nach Diskektomie LWK

4/5 von links am 28. Juli 2018. Nachdem der Beschwerdeführer nach dem Eingriff noch in der abschliessenden Sprechstunde vom 17. September 2018 sehr zufrieden und praktisch beschwerdefrei gewesen sei, sei es nach der geplanten 50%igen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit am 8. Oktober 2018 zu erneuten Beschwerden gekommen. Er beschreibe weiterhin eine Taubheit über das linke Bein sowie Wadenkrämpfe links, teilweise auch rechts. Nach einem Tag Arbeit habe er aufgrund der Schmerzen nicht mehr arbeiten können, und er nehme wieder Schmerzmittel (S. 1 Mitte). Da in den letzten Tagen tendenziell

eher eine Beseitigung der Beschwerden eingetreten sei, im klinischen Untersuchung keine sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Hinweise auf eine radikuläre Kompression gefunden worden seien, sei eine Fortführung der konservativen Therapie zu empfehlen. Die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit werde aufgeschoben, ab 5. November bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2 oben) . 3 .9

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, erachtete das Unfallereignis vom 3. Juli 2018 im Bericht vom 14. Januar 2019 (Urk. 6/40/3-4) als durchaus geeignet, um die später festgestellte Diskushernie zu verursachen (Ziff. 1). Dass im MRI keine Begleitverletzungen feststellbar seien, schliesse nicht aus, dass die Diskushernie durch den Unfall entstanden sei (Ziff. 2). Am 1. November 2018 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab dem 1. Dezember 2018 sei der Beschwerdeführer zu 30 % und ab dem 1. Januar 2019 zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Die Ursache der verlängerten Arbeitsunfähigkeit liege in der Operation selbst, bei welcher es zu gewissen Komplikationen gekommen sei, welche die Rekonvaleszenz verlängert hätten (Ziff. 3).

#### **E. 9**

(Urk. 6/54) dafür, dass der MR-tomographisch im Juli 2018 nachgewiesene Bandscheibenvorfall L4/5 links nicht durch den Unfall vom 3. Juli 2018 verursacht worden sei. Die versicherungsmedizinischen Kriterien für einen unfallbedingten Bandscheibenvorfall seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer sei vor dem Ereignis beschwerdefrei gewesen. Der Unfall habe sich ohne nachweisbare schwere oder erhebliche Krafteinwirkung auf die Lendenwirbelsäule ereignet. Das MRI vom 19. Juli 2018 zeige dem entsprechend keine Begleitverletzungen. Ebenso wenig habe intraoperativ eine Begleitverletzung festgestellt werden können. Zeitnah zum Unfall seien weder eine erhebliche Funktionseinschränkung noch eine klare Radikulopathie entsprechend der Nervenwurzel L5 links dokumentiert worden. Der Bandscheibenvorfall L4/5 links sei auch nicht durch den Unfall ausgelöst worden, da die Beschwerden mit Latenz eingetreten seien. Der Beschwerdeführer gehe als Maschinenmechaniker einer schweren Tätigkeit nach, weshalb bei einem durch den Unfall verursachten oder ausgelösten Bandscheibenvorfall mit einer sofortigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen gewesen wäre (S. 6 unten f.).

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