

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00089

vom 17. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00089

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00089 du 17 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00089 del 17 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X.____ war seit dem 1. September 2011 als Hochbaupolier bei der Y.____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 3. April 2018 stürzte der Versicherte durch eine Deckenschalung sechs Meter in die Tiefe und zog sich insbesondere einen Bruch an der Wirbelsäule sowie weitere Verletzungen zu (Schadenmeldung vom 5. April 2018, Urk. 9/1 sowie Austrittsbericht des Universitätsspitals Z.____, Urk. 9/4). Gleichentags wurde der Versicherte im Universitätsspital Z.____ operativ behandelt (Operationsbericht vom 4. April 2018, Urk. 9/2) und am 6. April 2018 aus dem Spital entlassen (Urk. 9/4). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 9/7). Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.____ vom 7. Juni 2019 wurden Muskelzuckungen in der Wadenmuskulatur rechts > links notiert (Urk. 9/230/2). Nach neurologischen Abklärungen (vgl. Urk. 9/247, 9/254, 9/432, 9/434/3-4, 9/465) wurden kreisärztliche Stellungnahmen von

Dr. med. B.____, Fachärztin Neurologie, eingeholt (Urk. 9/256, 9/280, 9/306, 9/435, 9/466, 9/490). Mit Verfügung vom 5. Oktober 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. April 2018 und den Wadenbeschwerden beidseits, weshalb keine Versicherungsleistungen für die se beklagten Beschwerden erbracht würden (Urk. 9/492). Dagegen liess der Versicherte am 5. November 2020 Einsprache erheben (Urk. 9/531). Mit Entscheidung vom 15. März 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Urk. 2 [= Urk. 8/583]).

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. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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 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

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.5

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch 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.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 3. Mai 2021 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdeführerin sei zu verpflichten, ihm für die beidseitigen Wadenbeschwerden die gesetzlichen Versicherungsleistungen gemäss UVG zu erbringen; eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers für die Wadenbeschwerden beidseits entscheide (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2021 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid damit, dass zeitnah zum Unfall keine Hinweise für eine Rückenmarkskontusion (Myelokon tusion) vorgelegen hätten. Bildgebend habe zudem zeitnah zum Unfall auch kein Anhalt für eine Hinterkantenbeteiligung beziehungsweise eine relevante Spinal kanaleinengung mit konsekutiver Irritation oder Kompression des Rückenmarks in Höhe der Brustwirbelkörper-Fraktur bestanden . Im weiteren Verlauf seien keine sensomotorischen Defizite oder pathologischen Reflexe der oberen oder unteren Extremität im Rahmen der Untersuchungen erhoben und auch im Rahmen der Anamnese seien keine Taubheitsgefühle oder Schmerzen im Bereich beider Waden geschildert worden. Aufgrund der vorgenommenen bildgebenden Abklärungen sei nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Wadenbeschwerden des Beschwerdeführers auf den Unfall vom 3. April 2018 zurückzuführen seien (Urk. 2 S. 10).

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, die Kreisärztin habe ihre Stellungnahme rund eineinhalb Monate vor dem Bericht von Dr. C.____ erstellt und somit keine Stellung dazu beziehen können (Urk. 1 S. 7) . Dr. C.____ habe in seinem Bericht schlüssig und

einleuchtend dargelegt, dass die gesamte Konstellation für eine nukleare Schädigung im Segment S1 spreche (Urk. 1 S. 8). Sein Bericht sei geeignet, begründete Zweifel an der Beurteilung der Kreisärztin zu erwecken. Ansonsten sei eine neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers mit der Fragestellung nach der Unfallkausalität der nach wie vor bestehenden Wadenbeschwerden durchzuführen (Urk. 1 S. 9). 3.

E. 3

Zu ergänzen ist, dass die Suva mit Einspracheentscheid vom 31. August 2020 ausserdem weitere Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 3. April 2018 betreffend die linksseitigen Schulterbeschwerden verweigert hatte mit der Begründung, diese seien nach dem 24. Juli 2018 nicht mehr unfallbedingt. Die vom Beschwerdeführer dagegen beim Sozialversicherungsgericht erhobene Beschwerde ist Gegenstand des Prozess Nummer UV.2020.00230 und wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen.

E. 3.1

0

Im Bericht vom 31. Dezember 2020 führte

Dr. med. Konrad C.____, Facharzt Neurologie, aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, auch in der Rehabilitation sei es vorübergehend zu unangenehmen Sensibilitätsstörungen gekommen, die in die Wade und bis in den Fuss rechts mehr als links hineinstrahlten. Zwischenzeitlich seien diese abgeklungen, allerdings komme es nachts beim Übereinanderlegen der Beine immer noch zu Missempfindungen. Dr. C.____ kam zum Schluss, die Anamnese mit passageren Sensibilitätsstörungen in der Wadenmuskulatur, die aktuellen Faszikulationen und die Wadenumfangsdifferenz (die Hypertrophie sei als Folge einer chronischen Reizsymptomatik in der Literatur gut belegt) sowie der auffällige Reflexbündel mit einer Abschwächung des AST links spreche eindeutig für eine Myelonschädigung. Bestätigt werde dies durch den pathologischen Befund des H-Reflexes, der rechts eine erniedrigte Reizantwort zeige und links eine Latenzverzögerung. Bildgebend sei im Reflexbogen und lumbal keine Erklärung für diese Schädigung zu finden, die gesamte Konstellation spreche jedoch für eine nukleare Schädigung im Segment S1. In der elektromyografischen Konstellation finde sich ebenfalls eine nukleare Schädigung, wobei die ausgeprägten Faszikulationen als Reizsymptome zu werten seien. Da bildgebend keine persistierende Kompression nachweisbar sei, könne es nur Folge des Traumas mit einer leichten Contusio des Conus

medullaris

sein. Dieser Befund sei aufgrund der aktuellen Datenlage eindeutig objektivierbar, trage aber wenig zur Schmerzsymptomatik bei und manifestiere sich vorwiegend durch die störenden Faszikulationen (Urk. 9/549).

E. 3.2

Am 6. November 2018 erstattete

Dr. med. D.____, Facharzt Neurochirurgie, eine Zweitmeinung bezüglich der Entfernung des Implantatmaterials. Betreffend die Bildgebung führte Dr. D.____ aus, die Gesamtschau der Bildgebung zeige eine BWK 10-Fraktur mit Frakturierung des oberen Gelenkfortsatzes BWK 10/11. Der Processus s

spinosus von BWK 10 sei ebenfalls betroffen. Der BWK 10 zeige zudem im vorderen Anteil eine A1 Fraktur, was aufgrund des Trauma mechanismus zu erwarten gewesen sei. Im Verlauf sei eine dorsale Instrumentation von BWK 9 und BWK 11 mit orthotoper Schraubenlage und ossärer Konsolidierung des behandelten BWK 10 erfolgt. In der Verlaufs bildgebung zeige sich eine sekundäre Sinterung von BWK 11 und BWK 8. Dr. D.____ führte zudem aus, beide sekundären Höhenminderungen seien aktuell an sich in akzeptabler Position, der Höhenverlust auf zwei Segmenten bewirke jedoch eine ziemlich ausgeprägte thorakale Hyperkyphose. Die Statik der BWS sei sicherlich nicht optimal. Bezüglich der Entfernung des Implantatmaterials habe er daher seine Bedenken, da es zu den genannten Nachsinterungen gekommen sei. Er habe dem Beschwerdeführer von einer Entfernung des Implantatmaterials zum jetzigen Zeitpunkt abgeraten. Eine radikuläre Kompression, welche die ausstrahlenden Beschwerden erklären würde, liege zumindest im Liegen in der MR-Bildgebung nicht vor (Urk. 9/97).

E. 3.3

Mit Bericht vom 18. Oktober 2018 hielten die Ärzte des Universitätsspitals Z.____ fest, in der durchgeführten Kernspin- und CT -Untersuchung habe sich die Verletzung ossär verheilt und ohne Hinweise für eine Kompression des Myelons oder der Nervenwurzeln gezeigt (Urk. 9/98).

E. 3.4

Im Austrittbericht der Rehaklinik A.____ vom 7. Juni 2019 wurde aus geführt, dass der Beschwerdeführer vom 30. April bis 4. Juni 2019 stationär in der Klinik gewesen sei. Als Probleme bei Austritt wurden bewegungs-, haltungs- und belastungsabhängige Rückenschmerzen, belastungsabhängige Schmerzen des linken Knies sowie der linken Schulter, Muskelzuckungen in der Wadenmuskulatur rechts mehr als links und Schlafstörungen, Gereiztheit sowie Unsicherheit bezüglich der Zukunft aufgeführt (Urk. 9/230/2). Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei für eine neurologische Abklärung für die von ihm als sehr unangenehm und beunruhigend empfundenen willkürlichen Muskelaktivitäten in der Wadenmuskulatur beidseits (refraktär auf Magnesium-Gabe) anzumelden (Urk. 9/230/3).

E. 3.5

Mit Bericht vom 12. Juni 2019 notierte

Dr. med. E.____, Facharzt Rheumatologie, der Beschwerdeführer habe nach wie vor bewegungs- und belastungsabhängige Rückenschmerzen mit Betonung des thorakolumbalen Übergangs sowie belastungsabhängige Schmerzen im linken Knie. Die aktuelle Konsultation sei wegen den exazerbierenden Schulterschmerzen links, begleitet von Verspannungen des ganzen Schultergürtels linksbetont, wie auch myofaszial an der BWS bis über den Scapulae beidseits erfolgt. Ferner seien die Muskelzuckungen in der Unterschenkelmuskulatur störend, aktuell seien diese rechts betont. Die Problematik bestehe sowohl tagsüber als auch nachts. Dabei würden ziehende «Zerrungen» und Schmerzen in den Waden auftreten, diese seien meistens beim Aufstehen verstärkt (Urk. 8/227).

E. 3.6

Im Bericht vom 20. Juni 2019 führte med. pract. F.____, Fachärztin Neurologie, aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, die Muskelzuckungen in den Waden hätten sich während

des Rehaa u fenthaltes entwickelt. Vor dem Aufenthalt habe er Taubheitsgefühle in beiden Waden gespürt. Der klinisch-neurologische Befund der unteren Extremitäten habe im Bereich der Wadenmuskulatur Faszikulationen gezeigt. Der elektrophysiologische Befund sei weitgehend ohne Pathologien gewesen. Beim Einstich des M. gastrocnemius

medialis beidseits hätten sich Spontanaktivitäten in Form von Faszikulationen beidseits, rechtsbetont, gezeigt. Bei willkürlicher Aktivität seien die Muskelaktionspotentiale sonst regelrecht gewesen mit normaler Dauer und Amplituden. Das Interferenzmuster sei beidseits leicht gelichtet.

Elektrophysiologisch hätten sich keine Hinweise auf Schädigung der peripheren Nerven an den Beinen gezeigt. Passend zum klinischen Befund seien die Faszikulationen im Bereich des M. gastrocnemius rechtsbetont. In Zusammenschau der Befunde erachtete med. pract. F. ___ eine Störung zentraler Genese, welche am ehesten als Traumafolge zu betrachten sei, als möglich. Die Folgen einer Myelonkontusion seien denkbar. Passend dazu habe der Beschwerdeführer über ein Taubheitsgefühl in den Beinen berichtet, welches im Verlauf zu Muskelzuckungen gewechselt habe (Urk. 9/247).

E. 3.7

Am 12. Juli 2019 wurde in den Spitälern G. ___ ein MRI der gesamten Wirbelsäule angefertigt. Dr. med. Fabian Hässler, Facharzt Radiologie, führte aus, die Rückenmarksdarstellung sei unauffällig gewesen und es bestehe keine MR-tomographisch erkennbare Myelopathie. Lediglich in Höhe der Pedikelschrauben bei BWK 9 und BWK 11 bestehe eine reduzierte Beurteilbarkeit durch das Metallartefakt. Sonstige intradurale Auffälligkeiten würden nicht bestehen (Urk. 9/252).

E. 3.8

Im Bericht des Kantonsspitals H. ___

vom 3. April 2020 wurde notiert, es sei gemäss Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus eine telefonische Konsultation durchgeführt worden. Anamnestisch hätten sich keine Hinweise für eine Motoneuronerkrankung ergeben. Die beschriebenen Faszikulationen könnten im Rahmen einer Radikulopathie oder peripheren Nervenläsion im Rahmen des Traumas erklärt werden. Zur weiteren Abklärung werde eine neurologische Standortbestimmung und elektrophysiologische Abklärung im Sommer 2020 erfolgen (Urk. 9/412). Am 9. Juni 2020 führten die Ärzte des Kantonsspitals H. ___ aus, dem Beschwerdeführer seien circa ein Jahr nach dem Unfall während der Rehabilitation Faszikulationen der Wadenmuskulatur rechtsbetont aufgefallen. Vor der Rehabilitation habe er Missempfindungen sowie ein ziehendes Gefühl an den dorsalen Unterschenkeln vor allem rechts gespürt. Aktuell würden für den Beschwerdeführer die starken Rückenschmerzen im thorakalen Bereich im Vordergrund stehen. Diese würden nach ventral, jedoch nicht an den Beinen ausstrahlen. Lähmungen oder Gefühlsstörungen seien verneint worden. Der elektromyografische Befund mit Spontanaktivität im Sinne von Faszikulationen sowie diskreten chronisch-neurogenen Zeichen im Musculus

gastrocnemius rechtsbetont seien mit einer leichten, nicht akuten Radikulopathie S1 beidseits vereinbar. Hinweise für eine Polyneuropathie oder Motoneuronerkrankung an den unteren Extremitäten hätten sich nicht ergeben (Urk. 9/432).

E. 3.9

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 30. September 2020 (Urk. 9/490) führte Dr. B. ___ aus, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz aus mehreren Metern Höhe am 3. April 2018 unter anderem eine BWK10-Fraktur zugezogen, die in der Folge operativ mittels dorsaler Stabilisierung BWK 9 auf 11 behandelt worden sei. Zeitnah zum Unfall hätten sich jedoch weder präoperativ noch im postoperativen Verlauf irgendwelche Hinweise für eine Rückenmarkskontusion (Myelontkontusion) gezeigt. Im Austrittsbericht des Universitätsspitals Z. ___ sei ein unauffälliger neurologischer Status festgestellt beziehungsweise keine sensomotorischen Defizite festgehalten worden. Auch bildgebend hätten sich zeitnah zum Unfall kein Anhalt für eine Hinterkantenbeteiligung beziehungsweise relevante Spinalkanaleinengung mit konsekutiver Irritation oder Kompression des Rückenmarks in Höhe der Brustwirbelkörper-Fraktur ergeben. Im weiteren Verlauf des Jahres 2018 bis Mitte 2019 seien weder in der ärztlichen Dokumentation des Universitätsspitals Z. ___ noch in den Berichten der externen behandelnden Ärzte Dr. E. ___ und Dr. D. ___ sensomotorische Defizite oder pathologische Reflexe der oberen oder unteren Extremität im Rahmen der Untersuchungen erhoben worden. Auch im Rahmen der Anamnese seien weder Taubheitsgefühle oder Schmerzen im Bereich beider Waden in der ärztlichen Dokumentation der Jahre 2018 bis Mitte 2019 erwähnt worden. Anlässlich der Besprechungen mit dem Beschwerdeführer selbst habe er keine Beschwerden wie Schmerzen oder Gefühlsstörungen im Bereich der Waden angegeben. Erstmals seien Muskelfaszikulationen im Austrittsbericht der Rehaklinik A. ___ im Juni 2019 erwähnt worden. Für die vom Beschwerdeführer postulierten vorbestehenden Taubheitsgefühle und Schmerzen in beiden Waden seit dem Unfall seien keine Belege vorhanden, weder in der vorliegenden ärztlichen Dokumentation noch in den dokumentierten Besprechungen mit dem Beschwerdeführer in den ersten 12 Monaten nach dem Unfall (Urk. 9/490 S. 13) . Kurz nach Austritt aus der Rehabilitation sei der Beschwerdeführer am 15. Juni 2019 gestürzt. Weder klinisch noch bildgebend hätten sich Hinweise auf eine erneute Verletzung im Bereich der Brustwirbelsäule gezeigt (Urk. 9/490 S. 14). Die Diagnose von Dr. F. ___ «Verdacht auf Schädigung der spinalen Motoneuronen bei Status nach spinaler Kontusion im Rahmen des Polytraumas» könne unter Berücksichtigung der dokumentierten Symptome und Beschwerden zeitnah zum Unfall, dem Verlauf, der Bildgebung und Elektrophysiologie nicht nachvollzogen werden und sei auch von den Neurologen des Kantonsspitals H. ___ nicht bestätigt worden. Zeitnah zum Unfall habe sich weder bildgebend ein Anhalt für eine Hinterkantenbeteiligung oder Spinalkanaleinengung mit konsekutiver Irritation von Rückenmark/Kompression von Rückenmark ergeben, noch hätten sich anamnestisch oder klinisch im ersten Jahr nach dem Unfall irgendwelche neurologischen Symptome als Hinweis für eine thorakale Rückenmarkbeteiligung finden lassen. Bei den erstmals ein Jahr nach dem Unfall aufgetretenen Faszikulationen der Waden handle es sich nicht überwiegend wahrscheinlich um Folgen des Unfalls vom 3. April 2018 (Urk. 9/490

S. 15).

E. 3.11

Dr. B. ___ nahm mit ärztlicher Beurteilung vom 7. April 2021 Stellung zum Arztbericht von Dr. C. ___ . Sie führte aus, Dr. C. ___ habe korrekterweise darauf hingewiesen, dass es erst während der stationären Rehabilitation zu passageren Sensibilitätsstörungen gekommen sei. Er habe jedoch nicht berücksichtigt, dass die stationäre Rehabilitation erst ein Jahr nach dem Unfall stattgefunden habe. Die Latenz von einem Jahr zwischen dem Unfall und der

Erstmanifestation der Beschwerden und klinischen Befunde habe Dr. C.____ nicht diskutiert. Bei einer Rückenmarkschädigung wäre eine sofortige Manifestation der Beschwerden zu erwarten gewesen. Die von Dr. C.____ durchgeführte Sonografie habe lediglich den sichtbaren Befund der Faszikulationen bestätigt, bringe jedoch keine neuen Erkenntnisse betreffend Kausalität der Faszikulationen. Dr. C.____ habe im Dezember 2020 eine Latenzverzögerung des H-Reflexes nachweisen können, auf eine elektro-neurografische Untersuchung jedoch verzichtet. Eine Latenzverzögerung weise lediglich einen gestörten Reflexbogen nach und könne Hinweis auf eine demyelinisierende Neuropathie oder Radikulopathie sein. Hinweise für eine Myelonschädigung würden hingegen nicht bestehen. Aufgrund der in grossen Teilen vergleichbaren elektrophysiologischen Befunde seien die Ärzte des Kantonsspitals H.____ im Juni 2020 im Gegensatz zu Dr. C.____ nicht zum Schluss gekommen, es liege eine Rückenmarkschädigung vor. Sie halte daher auch unter Kenntnis des Berichts von Dr. C.____ an ihrer Beurteilung vom September 2020 fest (Urk. 9/621).

E. 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
Die Gerichtsschreiberin
Vogel Sherif

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. März 2021 in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Kreisärztin Dr. B.____, welche diese in Kenntnis der Vorakten abgegeben hatte. Dr. B.____ setzte sich ausführlich mit den erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen bezüglich der Wadenbeschwerden auseinander. Dabei nahm sie in nachvollziehbarer und begründeter Weise zur entscheidungsrelevanten Frage Stellung, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Wadenbeschwerden/ Faszikulationen und dem Unfallereignis vom 3. April 2018 hergestellt werden könne. Dies verneinte sie schlüssig und wies dabei insbesondere darauf hin, dass weder präoperativ noch im postoperativen Verlauf Hinweise für eine Rückenmarkskontusion (Myelontusion) festgestellt wurden. Da weder anamnestisch noch klinisch im ersten Jahr nach dem Unfall neurologische Symptome festgestellt wurden, ist nachvollziehbar, dass Dr. B.____ bei fehlendem Hinweisen auf eine Hinterkantenbeteiligung oder Spinalkanaleinengung mit Irritation des Rückenmarks beziehungsweise einer Kompression des Rückenmarks eine Kausalität der Beschwerden zum Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellen konnte (E. 3.9). Sodann schlossen auch die Ärzte des Kantonsspital H.____

eine Polyneuropathie oder Motoneuronenerkrankung

aus (E. 3.8; vgl. auch Urk. 9/581/25 , wonach der im Auftrag der IV-Stelle begutachtende Neurologe Dr. med. I.____

k eine Hinweise auf eine Polyneuropathie oder Vorderhorn-Erkrankung feststellen konnte).

An dieser Einschätzung vermag die Beurteilung von Dr. C.____ keine Zweifel zu erwecken.

Zeitnah zum Unfallereignis konnten keine objektiven Befunde erhoben werden, welche auf eine Rückenmarkskontusion hingewiesen hätten. Objektivierbar sind nur Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2021 vom 11. Januar 2022 E. 9.3 mit Hinweisen).

Objektivierbare Befunde, welche eine Kausalität zwischen den Faszikulationen und dem Unfallereignis begründen würden, wurden von Dr. C.____ nicht erhoben. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. C.____ habe festgestellt, es könne sich um eine Folge des Traumas mit leichter Contusio des Conus

medullaris

handeln (Urk. 1 S. 5-6), ist darauf hinzuweisen, dass die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs mit dem Unfallereignis rechtsprechungsgemäss für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht genügt (vgl. E. 1.2).

E. 4.2

In Würdigung der medizinischen Unterlagen ist die Unfallkausalität der beklagten Wadenbeschwerden jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen und es liegen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass weitere Abklärungen andere Erkenntnisse erbrächten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweis).

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. März 2021 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Monica Armesto - Rechtsanwältin
Nadine Linda Suter - Bundesamt für Gesundheit

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