

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00017 vom 11. Mai 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00017

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00017 du 11 mai 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00017 del 11 maggio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1. G. ____, geboren 1962, arbeitete seit dem 19. November 2001 als Chauffeur bei der A. ____, AG in Zürich und war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 25. August 2002 beim Abladen seines Lieferwagens von der Ladebrücke auf die Füsse fiel (Fallhöhe: rund 1 m) und mit dem Rücken an die Kante der Ladebrücke stiess (Urk. 1 S. 2, Urk. 2 S. 2 und Urk. 14/1).

Die medizinische Erstversorgung fand bei Dr. med. B. ____, Spezialärztin FMH für Physikalische Medizin, statt, die am 9. September 2002 ein posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom diagnostizierte (Urk. 14/2). In der Folge wurde der Versicherte auch von Dr. med. C. ____, Spezialarzt FMH für Radiologie, untersucht (Urk. 14/7). Schliesslich nahm der Versicherte am 24. September 2002 die Arbeit wieder zu 100 % auf (Urk. 1 S. 3; vgl. auch Urk. 14/5).

Am 9. Dezember 2002 wurde der SUVA ein Rückfall gemeldet (Urk. 14/8). PD Dr. med. D. ____, Spezialarzt FMH für Neuroradiologie, berichtete am 8. Januar 2003 über die Ergebnisse der durchgeführten Kernspintomographie der Lumbalwirbelsäule (Urk. 14/12). Kreisarzt Dr. med. E. ____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 14. Januar 2003 (Urk. 14/13). Am 27. Februar 2003 reichte Dr. med. F. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, seinen Untersuchungsbericht zu den Akten (Urk. 14/20). Am 15. April 2003 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung statt (Urk. 14/29). Chefarzt Prof. Dr. med. H. ____, von der Universitätsklinik I. ____, erstattete am 20. Juni 2003 Bericht (Urk. 14/34). Vom 21. August 2003 bis 5. September 2003 war der Versicherte im Universitätsklinikum I. ____, hospitalisiert (Urk. 14/38). Oberarzt Dr. med. J. ____, und der Leitende Arzt Dr. med. K. ____, von der L. ____, Klinik untersuchten den Versicherten am 9. Januar 2004 (Urk. 14/48). PD Dr. med. M. ____, Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulen-Chirurgie, erstattete am 20. Februar 2004 Bericht (Urk. 14/49). Am 24. Februar 2004 folgte der Bericht von Oberarzt Dr. med. N. ____, und Assistenzärztin Dr. med. O. ____, von der Universitätsklinik I. ____, (Urk. 14/50). Am 2. April 2004 wurde der Versicherte abermals kreisärztlich untersucht (Urk. 14/54). Vom 13. bis 19. Mai 2004 hielt er sich in der Rehabilitationsklinik P. ____, auf (Urk. 14/57-59).

1.3. Mit Verfügung vom 20. Juli 2004 (Urk. 14/94) sprach die SUVA dem Versicherten ab 1. August 2004 eine auf einem Invaliditätsgrad von 26 % basierende Invalidenrente zu. Schliesslich verneinte die SUVA mit Verfügung vom 13. August 2004 (Urk. 14/101) den Anspruch des Versicherten auf eine Integritätsentschädigung und

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden

Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) im Wesentlichen damit, dass zwischen dem Unfallereignis vom 25. August 2002 und dem beim Beschwerdeführer vorliegenden zervikobrachialen Schmerzsyndrom kein Zusammenhang bestehe. Jedenfalls sei ein solcher Zusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Auch in Bezug auf die psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers sei die Beschwerdegegnerin nicht leistungspflichtig. Soweit diese Beschwerden überhaupt in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. August 2002 ständen, müsste in Anwendung der höchststrichterlichen Praxis die Adäquanz verneint werden, denn das Unfallereignis sei als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen und die für die Adäquanzbeurteilung in solchen Fällen entwickelten Kriterien seien als nicht erfüllt zu betrachten. Die Schmerzen im LWS-Bereich seien hingegen unfallbedingt. Ausgehend von dem in der Rehabilitationsklinik P.____ erstellten Zumutbarkeitsprofil (vgl. Urk. 14/59 S. 3) sowie einem Invalidenlohn von Fr. 49'384.-- und einem Validenlohn von Fr. 66'300.-- errechnete die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 25,51 %, weshalb sie zum Schluss kam, dass die verfahrensweise zugesprochene Invalidenrente von 26 % nicht zu beanstanden sei. Unter Hinweis auf die medizinischen Akten verneinte die Beschwerdegegnerin zudem den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung.

Im vorliegenden Prozess liess die Beschwerdegegnerin im Widerspruch zu ihrem eigenen Einspracheentscheid gestützt auf dieselben medizinischen Akten behaupten, dass der Beschwerdeführer weder an somatischen noch an psychischen Unfallrestfolgen leide (vgl. etwa Urk. 13 S. 11).

E. 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, dass aufgrund der medizinischen Akten die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin nicht haltbar sei, einen Teil der vom Beschwerdeführer geschilderten lumbalen Beschwerden als nicht unfallkausal beziehungsweise als psychische Fehlentwicklung nach Unfall abzutun. Die geklagten Beschwerden erschienen als glaubhaft, und das in der Rehabilitationsklinik P.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil werde dem Beschwerdeführer

nicht gerecht. Die in der Rehabilitationsklinik P.____ erstellte psychiatrische Beurteilung erfüllt alle die Minimalanforderungen nicht, die an ein medizinisches Gutachten im Sozialversicherungsrecht zu stellen seien. Darauf können nicht abgestellt werden. Es müsste eine korrekte psychiatrische Abklärung veranlasst werden. Was das cervicobrachiale Leiden angeht, finde ich in den medizinischen Akten keine hinreichende Antwort auf die Frage, weshalb das HWS-Schmerzsyndrom nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei. Sollte bezüglich dieses Leidens eine Unfallkausalität vorliegen, so wäre zudem noch kein Endzustand erreicht, da sich der Beschwerdeführer insoweit immer noch in Behandlung befindet. Nach Vorliegen der psychiatrischen und neurologischen Abklärungen müsste die Höhe der Integritätsentschädigung neu beurteilt werden. Bereits heute lasse sich sagen, dass allein schon aufgrund der von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal und invalidisierend anerkannten Gesundheitsstörungen eine Integritätsentschädigung von mindestens 20 % geschuldet sei.

E. 3

3.1 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente von mehr als 26 % sowie auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat. Dabei ist gegebenenfalls auch die Frage einer reformatio in peius zu erörtern. Vorweg ist jedoch zu prägen, ob die herrschende Aktenlage überhaupt einen Entscheid in der Sache selbst zulässt.

3.2 Dr. C.____ gab am 27. September 2002 folgende Beurteilung ab (Urk. 14/7):
■Kein Nachweis einer lumbalen Discushernie, besonders im Bereich des beanstandeten Segmentes L5/S1 links. Unauffälliger Wirbelkanal. Keine Recessusstenosen. Kein Nachweis einer ossären Läsion nach Trauma.■

Dr. E.____ hielt in seinem Bericht vom 14. Januar 2003 (Urk. 14/13) fest, er habe auf dem am 8. Januar 2003 angefertigten MRI degenerierte Bandscheiben (vor allem lumbosakral mit medianer Protrusion) erkannt, aber keine Beeinträchtigung von Wurzeln. Dies entspreche auch der Klinik. Es fehlten radikuläre Zeichen. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei sehr gut.

Dr. F.____ diagnostizierte am 27. Februar 2003 ein lumbospondylogenes Syndrom bei einer wahrscheinlich traumatisch entstandenen mediolateralen Diskushernie rechts auf der Etage L5/S1, die in der Zwischenzeit labil geworden sei, wodurch ein diskretes lumboradikuläres Ausfallssyndrom L5/S1 links entstanden sei. Psychisch sei der Beschwerdeführer nicht speziell auffällig. Insbesondere seien keine Aggravationstendenzen ersichtlich. Die Beschwerdeangaben seien glaubhaft. Es sei nahe liegend, dass der Beschwerdeführer eine wahrscheinlich traumatisch entstandene mediale oder medio-laterale kleine Diskushernie habe. Selbstverständlich sei er als Chauffeur und Verlagerer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 14/20).

Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 15. April 2003 (Urk. 14/29) aus, dass der Beschwerdeführer über massive Beschwerden klagt. Er bewege sich aber unauffällig. Es bestehe eine klare Diskrepanz; das Beschwerdebild weite sich aus. Er habe den Beschwerdeführer gebeten, einen Effort zu leisten, damit er wieder als arbeitsfähig erklärt werden könne, sonst sei mit erheblichen Schwierigkeiten zu rechnen, da er nicht auf unbeschränkte Zeit mit Taggeldleistungen der SUVA rechnen könne. Er sei skeptisch, ob es noch gelinge, die Chronifizierung zu stoppen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. Q.____, Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 12. Mai 2003 ein progredientes, intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (traumatische medio-laterale Discushernie rechts L5/S1 und leichtes lumboradikuläres Ausfallsyndrom) sowie eine Osteochondrose L5/S1 (geringgradig L4/L5). Die Schmerzen seien nicht dauernd vorhanden, sondern kämen in Intervallen (vor allem nach Belastung). Sie strahlten ins Bein (Urk. 14/31).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. Dr. H.____ erhob in seinem Bericht vom 20. Juni 2003 (Urk. 14/34) folgende Diagnosen: ■Lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen der LWS, mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts, Irritation der Wurzel S1 rechts möglich■. Angesichts der seines Erachtens schon chronifizierten Situation sei ein Versuch mit einer intensiven stationären physikalischen Therapie angezeigt, um eine Beschwerdeminderung zu erzielen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberarzt Dr. med. N.____ und Assistenzärztin Dr. med. R.____ von der Universitätsklinik I.____ hielten in ihrem Bericht vom 29. September 2003 (Urk. 14/38) folgende Diagnosen fest:

■Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bds. sowie beidseitige Fersenschmerzen mit/bei:

-Ä Ä Ä beginnenden degenerativen Veränderungen der beiden distalen LWS-Segmente

-Ä Ä Ä mediolateraler Protrusion L5/S1 rechts mit leichter Dislokation der S1-Wurzel rechts (MRI LWS vom 08.01.03 und 27.08.03)

-Ä Ä Ä Fehlhaltung des Achsenskelettes; Dysbalance der Rumpfmuskulatur"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit sei eine körperlich sehr belastende Arbeitstätigkeit kaum mehr realisierbar. Für eine körperlich mässige oder leichte wechselbelastende Tätigkeit lasse sich aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. M.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 20. Februar 2004 (Urk. 14/49) dahingehend, dass eine Osteochondrose C5/6 mit anamnestischer Cervikobrachialgie rechts bei derzeit reizloser Situation bestehe. Eine operative Behandlungsindikation könne er primär nicht stellen. Mit Blick auf die Gesamtsituation seien invasive Massnahmen nur bei klarer neurologischer Indikation erfolversprechend. Aufgrund der aktuellen klinischen Situation, die eigentlich recht bland sei, könne er aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht begründen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Dres. N.____ und O.____ bejahten am 24. Februar 2004 die Frage, ob im Heilungsverlauf unfallfremde Faktoren mitspielten: Es habe sich eine chronische Schmerzerkrankung entwickelt, und es sei zu einer Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur gekommen (Urk. 14/50).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 2. April 2004 (Urk. 14/54) aus, dass die Halswirbelsäule des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung vom 14. Januar 2003 frei beweglich gewesen sei. Entsprechende Beschwerden seien erst in jüngster Zeit in den Vordergrund getreten. Deshalb lasse diesbezüglich ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. August 2002 verneint werden. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei einigermassen dysfunktional. Zu nennen seien insoweit die unterschiedliche Hüft- und Kniebeugung im Liegen respektive im Sitzen

oder im Knien sowie die in der Untersuchungssituation weitgehend eingesteifte Wirbelsäule, die sich ausserhalb der formellen Situation gut bewegen lasse. Der Beschwerdeführer sei auf einen Aufenthalt in P.____ geradezu fixiert.

Der leitende Arzt Dr. med. S.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Rehabilitationsklinik P.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Mai 2004 (Urk. 14/57) aus psychiatrischer Sicht einen nicht unerheblichen aggressiven Spannungszustand bei akzentuierten Charakterzügen, wahrscheinlich in einer Schmerzverstärkung resultierend (ICD-10 F54: psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten). Die abwehrenden Versicherungen des Beschwerdeführers, er sei ansonsten (ausserhalb der Kontakte mit der Beschwerdegegnerin oder ihrer Ärzte) innerlich völlig ruhig, seien angesichts der sichtbaren Gedankendynamik schwer nachvollziehbar. Angesichts des wenigen, was man vom Beschwerdeführer wisse, sei anzunehmen, dass er schon immer (im Sinne von akzentuierten Charakterzügen) kämpferisch veranlagt gewesen sei und auf seinem Recht insistiert habe. Es sei zwar hinlänglich klar, dass kein wesentliches depressives Syndrom bestehe, die emotionale Verfassung des Beschwerdeführers wirke sich nachteilig auf die empfundene Schmerzstärke, die Mitarbeit in der Therapie und eine mögliche Zielorientierung in der Zukunft aus. Es bestehe die Gefahr, dass er sich im Sinne einer Beeinträchtigungshaltung mit entsprechender Gedankendynamik immer mehr in die Vorgänge rund um seine Behandlung und weitere absehbare versicherungsrechtliche Entscheidungen verwickeln könnte.

Die Assistenzärztin Dr. med. T.____ und die Leitende Ärztin Dr. med. U.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, von der Rehabilitationsklinik P.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 14/59) ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts (radikuläre Reizung C6 möglich) bei degenerativen HWS-Veränderungen sowie einen aggressiven Spannungszustand bei akzentuierten Charakterzügen, wahrscheinlich in einer Schmerzverstärkung resultierend (ICD-10 F54: psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten). Aktuell bestanden folgende Probleme: Belastungsabhängige lumbale Schmerzen (mit Ausstrahlungen in beide Beine/Füsse), Nackenschmerzen (mit Ausstrahlungen in den rechten Arm), subjektive Beschwerden beim Gehen (nur wenige Meter möglich), schmerzbedingte Durchschlafstörungen sowie teilweise Kribbeln in der rechten Hand mit subjektiver Kraftlosigkeit. Bezüglich des bestehenden lumbospondylogenen Schmerzsyndroms führten die beiden Ärztinnen aus, dass das Ausmass der Schmerzen und die präsentierte Behinderung sich durch die objektivierbaren Befunde nicht hinreichend hätten erklären lassen. Das persistierende zervikobrachiale Schmerzsyndrom rechts lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis vom 25. August 2002 in Zusammenhang bringen. Die geschilderten Beschwerden liessen sich nicht allein durch die objektivierbaren organischen Befunde erklären, sondern seien vor dem Hintergrund einer psychischen Problematik zu sehen, wie das psychosomatische Konsilium (vgl. die Beurteilung von Dr. S.____ [Urk. 14/57]) ergeben habe. Arbeitsrelevante Problembereiche seien die Schmerzen im LWS- und HWS-Bereich (wobei letztere nicht unfallbedingt seien) sowie insbesondere die psychische Auffälligkeit. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der somatischen Beschwerden und der massiven Selbstlimitierung des Beschwerdeführers lasse sich die körperliche Belastbarkeit nur

medizinisch-theoretisch bestimmen: Limitiert seien Tätigkeiten in rückenbelastenden Zwangsstellungen sowie Heben und Tragen von Gewichten (10 kg bis selten 15 kg seien zumutbar). Zwischen Gehen, Stehen und Sitzen am Stuhl (rund 30 bis 60 Minuten) sollten Positionswechsel möglich sein. Diese theoretische Einschätzung korreliere nicht mit dem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers. Medizinisch-theoretisch sei aber eine angepasste, wechselbelastende leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar.

Dr. med. V.____, Facharzt FMH für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 4. August 2004 (Urk. 14/98) aus, dass die sekundäre Verschlimmerung mit Arbeitsunfähigkeit ab 9. Dezember 2002 körperlich nicht erklärbar sei. Der Beschwerdeführer sei korrekt behandelt worden. Selbstverständlich seien die erst nachträglich geltend gemachten cervicalen Beschwerden unfallfremd. Eine Operation sei nicht indiziert. Im Vordergrund stehe längst ein psychiatrisches Problem im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Auch die ganzheitliche Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehabilitationsklinik P.____ gründe nicht auf objektiven somatischen Unfallfolgen. Abstrakt und egalitär sei jedenfalls ein dauernder und erheblicher Integritätsschaden an der Lendenwirbelsäule nicht nachweisbar. Eine sekundäre Verschlimmerung sei unfallbedingt schlicht unmöglich.

Dr. med. W.____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. X.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 3. September 2004 (Urk. 14/111) einen Zustand nach Sturz mit LWS-Trauma am 25. August 2002, rezidivierende Lumboischialgien beidseits sowie rezidivierende Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits. Die Beschwerde hätten sich gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers aktuell massiv verstärkt. Bei persistierenden Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (trotz gezielter Infiltration) sei eine weitere Beurteilung bezüglich einer operativen Behandlung der nachgewiesenen Bandscheibenveränderungen angezeigt.

Chefarzt Dr. med. Y.____ von der L.____ Klinik äusserte sich am 22. November 2004 dahingehend, dass eine ausführende neurologische Abklärung erforderlich sei. Das gesamte Beschwerdebild sei schwer zu beurteilen. Der Beschwerdeführer sei während der Untersuchung verkrampft gewesen. Es bestehe der Verdacht der Aggravation (Urk. 14/118).

Gemäss Oberarzt Dr. med. J.____ von der L.____ Klinik bestehe beim Beschwerdeführer seit seinem Unfall ein chronisches panspondylogenes Schmerzsyndrom mit möglichen radikulären Komponenten C6 rechts und S1 rechts. Anlässlich der Untersuchung vom 7. Dezember 2004 hätten sich allerdings keine sicheren Defizite eruieren lassen, so dass weiterhin unklar sei, ob die radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen das aktuelle Beschwerdebild erklärten (Urk. 14/119).

Der Leitende Arzt Prof. Dr. med. Z.____ von der L.____ Klinik erhob in seinem Bericht vom 21. Dezember 2004 (Urk. 14/120) folgende Diagnosen:

1. Chronisches panspondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei

- rechts mediolateraler Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts

-Â Â Â Â Â Â Â Â links laterale Diskushernie L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links

-Â Â Â Â Â Â Â Â intraforaminale Diskusprotrusion L3/4 mit Kontakt zur Nervenwurzel L3 links

-Â Â Â Â Â Â Â Â mediolateral rechtsseitige Diskushernie C5/6 mit Einengung des rechten Neuroforamens

2.Â Â Â Hepatitis B positivÂ■

Â Â Â Â Â Â Â Â Prof. Z.____ schilderte den BeschwerdefÃ¼hrer als sehr sympathisch und intelligent. Er komme sofort auf die diversen Aspekte der Problematik (einschliesslich der Versicherungsprobleme). Im GesprÃ¼ch seien keine AuffÃ¼lligkeiten ersichtlich, auch nicht bezÃ¼glich Schmerzverhalten. Anscheinend seien an der Schmerzproblematik diverse Faktoren beteiligt (Urk. 14/120).

Â Â Â Â Â Â Â Â Am 10. Januar 2005 Ã¼sserte sich Prof. Z.____ nach RÃ¼cksprache mit dem Neurologen Dr. J.____ dahingehend, dass in Bezug auf die geklagten Beschwerden (bei sicherlich vorhandenen, jedoch nicht alle Beschwerden erklÃ¼renden somatischen Befunden) keine weiteren therapeutischen Optionen bestÃ¼nden. Es kÃ¼men weder medikamentÃ¼sse noch physiotherapeutische Massnahmen in Betracht (Urk. 14/121).

E. 3.3

3.3.1Â Â Wie die in Erw. 3.2 wiedergegebenen Berichte der im vorliegenden Fall involvierten medizinischen Fachpersonen deutlich aufzeigen, bestehen in Bezug auf den BeschwerdefÃ¼hrer und seine GesundheitsbeeintrÃ¼chtigungen kontrÃ¼re Auffassungen. In dieses Bild fÃ¼gt sich auch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin. Einerseits sprach sie dem BeschwerdefÃ¼hrer mit VerfÃ¼gung vom 20. Juli 2004 (Urk. 14/94) eine Invalidenrente von 26 % zu. Dabei stÃ¼tzte sie sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das in der Rehabilitationsklinik P.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil. Andererseits verweigerte die Beschwerdegegnerin dem BeschwerdefÃ¼hrer mit VerfÃ¼gung vom 13. August 2004 (Urk. 14/101) eine IntegritÃ¼tsentschÃ¼digung mit der BegrÃ¼ndung, es liege gar keine erhebliche SchÃ¼digung vor. Dabei stÃ¼tzte sie sich auf die Beurteilung von Dr. V.____ vom 4. August 2004 (Urk. 14/98). Im angefochtenen Einspracheentscheid wurden beide VerfÃ¼gungen geschÃ¼tzt, ohne die zwischen ihnen herrschenden WidersprÃ¼chlichkeiten zu thematisieren (vgl. dazu die sehr kurze und wenig aussagekrÃ¼ftige Erw. 7e in Urk. 2). Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb jemand Anspruch auf eine auf einem InvaliditÃ¼tsgrad von immerhin 26 % basierende Rente haben soll, wenn tatsÃ¼chlich gar keine erhebliche GesundheitsschÃ¼digung vorliegt. Schliesslich wechselte die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Prozess abermals ihre Position, indem sie - gestÃ¼tzt auf dieselben Arztberichte, wie sie schon frÃ¼her vorlagen - ausÃ¼hren liess, dass der BeschwerdefÃ¼hrer weder an somatischen noch an psychischen Unfallrestfolgen leide, weshalb ihm die Invalidenrente abzuerkennen sei (Urk. 13 S. 11).

3.3.2Â Â Die Unsicherheiten, wie die vom BeschwerdefÃ¼hrer geklagten GesundheitsbeeintrÃ¼chtigungen beziehungsweise deren UnfallkausalitÃ¼t zu bewerten sind, haben ihren Ursprung in den widersprÃ¼chlichen medizinischen Akten.

Â Â Â Â Â Â Â Â So ist beispielsweise hinsichtlich der Problematik der LendenwirbelsÃ¼ule den medizinischen Akten zu entnehmen, dass Dr. F.____ unter

anderem ein lumbospondylogenes Syndrom bei einer wahrscheinlich traumatisch entstandenen mediolateralen Diskushernie diagnostizierte (Urk. 14/20). Auch Dr. Q. ging von einer traumatischen mediolateralen Diskushernie aus (Urk. 14/31). Demgegenüber sprach Prof. Dr. H. von degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Urk. 14/34). Dr. V. äusserte sich dahingehend, dass ein dauernder und erheblicher Integritätsschaden an der Lendenwirbelsäule nicht nachweisbar und eine sekundäre Verschlimmerung unfallbedingt schlicht unmöglich sei (Urk. 14/98). Aufgrund dieser konträren Meinungsäusserungen ist eine abschliessende Beurteilung der Frage der Unfallkausalität der LWS-Beschwerden nicht möglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar hat das Eidgenössische Versicherungsgericht wiederholt festgehalten, es entspreche 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 falle. Als weitgehend unfallbedingt könne eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet sei, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten würden (vgl. anstatt vieler: RKUV 2000 Nr. U 378 S.190, Nr. U 379 S. 192; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsrechts i. Sa. R. vom 3. Oktober 2005, U 163/5, Erw. 3.1; mit Hinweisen).

Hinzuweisen ist allerdings auf einen neueren Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i. Sa. Q. vom 22. Februar 2006 (U 16/03), wo es um einen Versicherten ging, der beim Sprung von der Laderampe eines Lastwagens bei der Landung am Boden ausgerutscht und auf den Rücken gefallen war. Während die Vorinstanz unter Hinweis auf die mangelnde Schwere des Unfallereignisses den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen noch vorhandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Unfall verneinte, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht entschieden, dass angesichts zweier diametral entgegenstehender Expertenmeinungen zur Frage der Unfallkausalität von Diskushernien nicht abgeschätzt werden könne, welche gutachterliche Schlussfolgerung nun zutrefte. Entsprechend lassen sich auch hier die vorerwähnten Widersprüche nicht ohne weitere Abklärung und mit blossem Hinweis auf die fehlende Schwere des Unfallereignisses auflösen.

Ä Schliesslich ist auch die Rüge des Beschwerdeführers, dass sich aufgrund der medizinischen Akten nicht nachvollziehbar ergebe, weshalb das HWS-Schmerzsyndrom nicht unfallkausal sein sollte, nicht gänzlich von der Hand zu weisen. Die entsprechenden Ausführungen der SUVA-Ärzte sind nicht oder kaum begründet (vgl. Urk. 14/54 und 14/59). Dr. E. äusserte sich lediglich dahingehend, dass die Beschwerden an der Halswirbelsäule erst in jüngster Zeit in den Vordergrund getreten seien, weswegen die Unfallkausalität zu verneinen sei (Urk. 14/54). Dieser Auffassung schlossen sich die Dres. T. und U. an (Urk. 14/59). Unfallhergang und zeitlicher Ablauf sprechen zwar eher gegen eine Unfallkausalität, die von Dr. E. gewählte Formulierung (Ä in den Vordergrund getreten) schliesst jedoch nicht aus, dass die HWS-Beschwerden schon längere Zeit latent vorhanden gewesen waren und somit doch unfallkausal sein könnten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch was allfällige psychische Auffälligkeiten betrifft, ergeben die medizinischen Akten kein schlüssiges Bild: Während beispielsweise Dr. F. am 27.

Februar 2003 bestätigte, dass der Beschwerdeführer psychisch nicht speziell auffällig sei und dass insbesondere keine Aggravationstendenzen ersichtlich seien (Urk. 14/20), ging Dr. E. ___ bereits zwei Wochen später von einer  klaren Diskrepanz  und einer Ausweitung des Beschwerdebildes aus (Urk. 14/29). Während die SUVA-Ärzte in der Rehabilitationsklinik P. ___ beim Beschwerdeführer offenbar einen  aggressiven Spannungszustand  mit psychischem Krankheitswert zu erkennen glaubten (vgl. Urk. 14/57 und 14/59), schilderte Prof. Z. ___ den Beschwerdeführer als sehr sympathisch, intelligent und nachdenklich (vgl. Urk. 14/120). Von krankhafter Aggressivität war nicht die Rede. Prof. Z. ___ erkannte vielmehr keine Auffälligkeiten, auch nicht bezüglich des Schmerzverhaltens. Demgegenüber hegte Dr. Y. ___ den Verdacht der Aggravation (Urk. 14/118).

E. 3.3.3

Angesichts der zahlreichen offenen Fragen reicht die herrschende Aktenlage nicht aus, um einen Entscheid darüber zu f llen, ob dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zusteht oder nicht, und falls diese Frage zu bejahen wäre, in welcher Höhe. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2004 (Urk. 2) ist daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese ein verwaltungsunabh ngiges polydisziplinäres Gutachten einhole und hernach neu verfüge.

         Bei der Instruktion der Gutachter sind den Fragen nach der Unfallkausalität, einer möglichen Aggravation oder Simulation und der psychischen Problematik besondere Beachtung zu schenken. Im übrigen kann - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 13 S. 10) - die Adäquanz von allfälligen psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen in casu erst beurteilt werden, wenn über das Vorliegen somatischer Unfallfolgen Klarheit herrscht. Erst dann kann entschieden werden, ob etwa die Kriterien  ungew hnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ,  schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen  oder  Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunf higkeit  erfüllt sind.

4.       Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers rügen liess, dass ihn die Beschwerdegegnerin für seine im Rahmen des vorinstanzlichen Einspracheverfahrens erbrachten Bemühungen nicht entschädigt habe (vgl. Urk. 1 S. 2 und S. 7), ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdegegnerin hierzu nicht hat vernehmen lassen, dass aber der geltend gemachte Anspruch ausgewiesen ist.

         Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in casu (ausnahmsweise) bereits im Verwaltungsverfahren einen unentgeltlichen Rechtsbeistand bewilligt hatte (vgl. Urk. 3/2-3 und Urk. 14/91-92). Da die Honorarnote für die im Verwaltungsverfahren erbrachten Leistungen offenbar zusammen mit der Einsprache vom 19. August 2004 eingereicht wurde (vgl. Urk. 1 S. 7 und Urk. 14/103-104), ging die Beschwerdegegnerin (offenbar irrigerweise) davon aus, es handle sich um die Honorarnote für das Einspracheverfahren und sprach dem unentgeltlichen Rechtsbeistand eine entsprechende Entschädigung zu (Urk. 2 S. 10 und S. 11 Dispositiv Ziffer 4).

         Die entsprechende Honorarnote für das Einspracheverfahren reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im vorliegenden Prozess als Urk. 3/4 ins Recht. Die geforderte Entschädigung von Fr. 1'613.95 (inklusive Barauslagen und

Mehrwertsteuer) erscheint angemessen und wurde von der Beschwerdegegnerin nicht in Zweifel gezogen. Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den unentgeltlichen Rechtsvertreter für seine Bemühungen im Einspracheverfahren mit Fr. 1'613.95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

5. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a).

Obsiegt - wie im vorliegenden Fall - die unentgeltlich vertretene Partei, wird die Prozessentschädigung dem Rechtsvertreter im Umfang seiner Bemühungen zugesprochen (§ 89 Abs. 1 der Zivilprozessordnung in Verbindung mit § 28 GSVGer). Mit Honorarnote vom 25. April 2006 (Urk. 26) machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 11 Stunden und Barauslagen von Fr. 49.50 (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend, was angemessen erscheint. In Anwendung eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 2'420.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2004 - mit Ausnahme von Dispositiv Ziffer 4 - aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese - nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen - über die Ansprüche auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung neu verfähre.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers für seine Bemühungen im Einspracheverfahren mit Fr. 1'613.95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

3. Das Verfahren ist kostenlos.

4. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 2'420.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 5

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Frank Goecke
- Rechtsanwalt Christian Leupi
- Bundesamt für Gesundheit

6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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