

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00387 vom 27. Juni 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00387

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00387 du 27 juin 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00387 del 27 giugno 2006

Erwägungen

E. 3.1

Am 8. März 1977 meldete der damalige Arbeitgeber des Beschwerdeführers einen den Rücken betreffenden Rückfall zum Unfall vom 23. Mai 1972 (Urk. 14/47 Ziff. 14). Dr. med. C. ____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 21. März 1977 (Urk. 14/48) einen Status nach Beckenfraktur 1972. Hinsichtlich des Unfallhergangs hielt Dr. C. ____ fest, es lägen extrem starke Lendenwirbelsäulen- (LWS) und Beckenschmerzen vor, die der Beschwerdeführer auf seinen Unfall zurückführte. Der Lokalbefund habe eine starke Druck- und Klopfempfindlichkeit über lumbal 4, 5 und S1 sowie im linken Beckengebiet und Hüftgelenk ergeben. Die Röntgenaufnahmen von Becken und LWS vom 16. Februar 1977 zeigten praktisch miteinander verblockte L5/S1, zudem sei die ganze linke Beckenhälfte medio-ventral eingedrückt. Beide Befunde seien durch den Unfall von 1972 verursacht worden. Der Beschwerdeführer sei für etwa 12 bis 14 Tage arbeitsunfähig (Urk. 14/48 Ziff. 1, Ziff. 4-5, Ziff. 8 lit. b).

E. 3.2

Mit Bericht vom 31. März 1977 (Urk. 14/50) führte Kreisarzt Dr. L. ____ aus, im Befund falle die freie Beweglichkeit der Wirbelsäule auf. Lediglich die Reklination sei endgradig etwas schmerzhaft. Als Folge der Malgaigne-Fraktur (Beckenringbruch) sei es zu einer massiven Kranialverschiebung der ganzen linken Beckenhälfte und damit zu einer funktionellen Verkürzung des linken Beines zusammen mit einer Ischiadicusparese gekommen. Diese Beckenverschiebung habe auch Auswirkungen auf die Wirbelsäule, indem sich eine kompensatorische, linkskonvexe Skoliosierung eingestellt habe. Möglicherweise seien die zunehmenden Kreuzschmerzen bei einer an und für sich üblichen Bewegung mit vorübergehender Arbeitsaussetzung im Februar 1977 Folge dieser Wirbelsäulenverkrümmung (Urk. 14/50).

E. 3.3

Eine radiologische Untersuchung vom 3. März 1981 ergab eine ausgeprägte Asymmetrie des Beckens, einen Hochstand des gesamten linksseitigen Beckens und eine Kippung des Darmbeinflügels links gegen ventral. Auch das Hüftgelenk sei dementsprechend etwas gekippt. Der gesamte Anteil des Hüftgelenks sei nach medial und cranial verlagert. Es bestehe weiter ein Hochstand des rechten Hüftgelenks von 3,5 cm, eine ausgeprägte Deformierung des unteren Schambeinastes und des Os ischii im Bereich des Sitzbeinhöckers sowie eine Deformierung des rechten Kreuzbeinflügels mit den medialen Anteilen des Darmbeins in diesem Bereich. Das linke Ileosakralgelenk (ISG) sei partiell synostosiert. Es liege auch eine Deformierung der Symphyse vor. Die multiplen Knochenanteile seien miteinander knöchern verbunden, wobei an mehreren Stellen nur

schmale Brückenbildungen bestanden. Frische ossäre Läsionen oder Destruktionen lässen nicht vor. Die Artikulation in den Hüftgelenken sei regelrecht; insbesondere fanden sich keine arthrotischen Veränderungen links (Urk. 14/75).

E. 3.4

Die Ärzte der D. ___ Klinik M. ___ führten mit Bericht vom 21. Juli 1981 (Urk. 14/75) aus, anamnestisch traten gelegentlich seit etwa zwei Jahren Rückenbeschwerden in der Kreuzgegend auf, besonders beim Rückwärtsneigen. Diese seien nicht konstant und nicht eindeutig belastungsabhängig (Urk. 14/75 S. 3). Die Wirbelsäule sei im Untersuchungsbefund ohne seitliche Abweichungen, ohne Klopf- oder Druckdolenz und allseits frei und gut beweglich gewesen. Es bestehe eine etwas flache Lendenlordose und Brustkyphose, dies bewege sich jedoch noch im Rahmen des Physiologischen (Urk. 14/75 S. 3). Die sporadisch auftretenden Rückenschmerzen seien eher funktioneller Natur (Urk. 14/75 S. 5 f.).

E. 3.5

Am 22. November 2004 meldete die Arbeitslosenkasse E. ___ einen erneuten, den Rücken betreffenden Rückfall des zum damaligen Zeitpunkt arbeitslosen Beschwerdeführers (Urk. 14/97 Ziff. 9). Dr. med. F. ___, Allgemeinmediziner FMH, Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 114/123), diagnostizierte anlässlich der Erstbehandlung vom 20. Oktober 2004 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Beinlängendifferenz und Status nach komplexer Beckenfraktur 1972 (Bericht vom 21. Dezember 2004; Urk. 14/98 Ziff. 1, Ziff. 5). Der Beschwerdeführer berichte über seit Anfang 2004 bestehende Rückenschmerzen, die vor allem tagsüber beim Stehen auftraten. Der Befund habe einen Beckenschiefstand von 3 cm und eine langstreckige thorako-lumbale skoliotische, durch den Beinlängenunterschied bedingte Fehlhaltung ergeben. Die Beweglichkeit der LWS sei für die Seitneigung nach rechts um 1/3 schmerzhaft eingeschränkt. Weiter beständen Druckdolenz der paravertebralen lumbalen Muskulatur sowie der Glutealmuskulatur links. Die Röntgenuntersuchung vom 27. Oktober 2004 habe eine Chondrose L4/L5 und eine leichte skoliotische Fehlhaltung bei Beinlängendifferenz sowie eine ansonsten harmonische Lordose ergeben. Diese Befunde seien weitgehend auf den Unfall vom 25. Mai 1972 zurückzuführen (Urk. 14/98 Ziff. 3 lit. b, Ziff. 4). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von Dr. F. ___ nicht attestiert (Urk. 14/98 Ziff. 8).

E. 3.6

Mit Stellungnahme vom 5. Januar 2005 führte Kreisarzt Dr. med. G. ___ aus, es bestehe keine strukturelle Läsion des Rückens. Es liege eine Beinlängendifferenz vor, die ausgeglichen sei. Die jetzigen Rückenbeschwerden seien nicht unfallkausal (Urk. 14/100).

E. 3.7

Dr. med. H. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, hielt mit Bericht vom 5. April 2005 (Urk. 14/114) fest, dass radiologisch eine rechtskonvexe skoliotische Haltung mit thorakalem Überhang vorliege. Auffällig sei die linke Ileosakralgegend: Das Ileosakralgelenk sei im Gegensatz zum rechten nicht mehr zu sehen. Zudem sei der 5. Querfortsatz erheblich verformt und vergrößert, der linke Querfortsatz L4 weiche leicht nach kranial ab. Weiter sei die Kontur des linken Foramen obturatorium gegenüber der rechten Seite verändert,

was auf eine asymmetrische Stellung der linken Beckenhälfte hinweise. Die seitliche Aufnahme zeige einen sehr schmalen lumbosakralen Bandscheibenraum bei weitgehend normalem Bandscheibenraum L4/L5 mit zwei ventralen Spondylophyten respektive Traction spurs. Die übrigen Wirbelkörper seien normal. Die Konturen der beiden Beckenschaukeln könnten nicht sicher voneinander abgegrenzt werden (Urk. 14/114 S. 1).

Der radiologische Befund im Bereich des linken Iliosakralgelenks gehe eindeutig auf die 1972 erlittene Beckenringfraktur zurück. Aus den damals erstellten Unterlagen gehe unter anderem hervor, dass die linke Beckenhälfte um etwa 3 cm nach kranial geschoben worden sei respektive höher liege. Dies sei auch als Grund für die konsekutive Beinverkürzung von 3 cm links genannt worden. Anlässlich der Untersuchung in der D. Klinik vom 15. Juli 1998 (richtig: 1981, vgl. Urk. 14/75 S. 1) hätten Probleme mit dem linken Fuss im Vordergrund gestanden; es seien auch sporadisch auftretende Rückenschmerzen bei gut ausgeglichener Beinlängendifferenz genannt worden, wobei keine ursächliche Zuordnung der Rückenprobleme erfolgt sei (Urk. 14/114 S. 2).

Auch die derzeit aktuellen lumbalen Beschwerden würden nicht klar zugeordnet. Die vorhandene radiologische Dokumentation erlaube keine zuverlässige Beurteilung des lumbosakralen Bewegungssegmentes. Es sei allerdings anzunehmen, dass die Beckenringverletzung von 1972 auch den 5. Lendenwirbelkörper (LWK) betroffen haben dürfte, zumindest in Form einer Querfortsatzfraktur links. Genauere Daten könnten mit Hilfe eines Computertomogrammes gewonnen werden, zudem sollte versucht werden, die lumbalen Beschwerden klinisch zu lokalisieren. Prima vista erscheine ein Zusammenhang mit den Folgen der Beckenringverletzung als plausibel. Andererseits sei ein ursächlicher Zusammenhang mit der korrigierten Beinlängenverkürzung und der lumbalen Gangstörung wenig wahrscheinlich (Urk. 14/114 S. 2).

E. 3.8

Dr. med. I. ____, Spezialärztin FMH für Radiologie und Radiodiagnostik, hielt mit Bericht vom 14. Juni 2005 (Urk. 14/122) über die durchgeführte Computertomographie fest, es liege eine ausgeprägte Asymmetrie des ganzen Beckenrings mit begleitendem Hüftgelenkhochstand links vor, womit eine relative Beinverkürzung links anzunehmen sei. Weiter bestehe eine partielle ossäre Überbrückung des ISG links und eine unregelmäßige nearthroseähnliche Knochenkonfiguration auf der Höhe S1 und LWK 5 zu der lateralen Fläche des Wirbelkörpers LWK 5 linksseitig. Die paravertebralen Weichteile seien ansonsten normal. Im Segment L4/L5 lägen eine leichtgradige, paramediane Protrusion ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzel L4 links sowie hypertrophe Ligamenta flava L4/5 vor (Urk. 14/122).

In den Segmenten L3/4 und L5/S1 finde sich eine normale ossäre Morphologie der Segmente, ein normal konfigurierter Spinalkanal und keine Diskushernien oder sonstige Hinweise für eine Nervenwurzelkompression. Ebenso beständen keine Hinweise für osteolytische oder sonstige destruktive Veränderungen des abgebildeten Skeletts. Auf allen untersuchten Etagen fänden sich normale intervertebrale Gelenke; es bestehe eine normale Morphologie des rechten ISG. Ein Vergleich mit der älteren Bilddokumentation wäre vorteilhaft (14/122).

E. 3.9

Mit Bericht vom 18. August 2005 (Urk. 14/125) führte Dr. H. ___ aus, den Computertomogrammen könne in den seitlichen Aufnahmen ausser einem schmalen lumbosakralen Bandscheibenraum nichts Besonderes entnommen werden. Es lasse sich ein solider knöcherner Durchbau des ISG, vor allem im kranialen Anteil, erkennen. Eine vom linken Sakrumflügel ausgehende Verkürzung reiche bis an die Seitenwand des 5. Lendenwirbels. Es sei zu einer eigentlichen Nearthrose (Gelenkneubildung) und eindeutig nicht zu einer knöchernen Überbrückung gekommen. Der Spinalraum auf Höhe L5/S1 sei knöchern intakt, die Nervenwurzeln lägen in normaler Position und seien nicht verdrängt. Es sei in diesem Segment keine Protrusion oder Hernie der lumbosakralen Bandscheibe sichtbar. Im Segment L4/L5 seien die Nervenwurzeln ebenfalls zu sehen. Die Wirbelkörperhinterwand sei linksparamedian leicht vorgewölbt. Dies habe Dr. I. ___ als leichtgradige paramediane Protrusion ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzel L4 links eingestuft. Die Segmente L3/L4 und L5/S1 habe sie als ossär unauffällig und ohne Diskushernien beurteilt und habe im Übrigen auch keine Hinweise auf einen destruierenden Prozess in den abgebildeten Knochenabschnitten gefunden. Das rechte ISG sei als normal eingestuft worden. Dr. H. ___ stimme dieser Beurteilung zu (Urk. 14/125 S. 1 f.).

Als Folge der Beckenringverletzung aus dem Jahr 1972 sei eine auffällige Veränderung auf der linken Seite mit bekannter Durchbauung (knöcherner Versteifung) des ISG und einer Knochenaposition nach kranial verblieben. Das Computertomogramm zeige klar eine Nearthrosebildung zwischen diesem knöchernen Fortsatz respektive der gesamten linken Beckenhälfte und dem 5. Lumbalwirbelkörper, welcher selbst zum Sakrum nicht eingesteift sei. Somit könnte hier eine Schmerzquelle liegen. Anhaltspunkte für Diskushernien mit oder ohne Neurokompressionen finden sich andererseits nicht. Es bestehe auch keine schwere Bandscheibendegeneration, namentlich nicht in den Segmenten L4/L5 und L3/L4. Die computertomographische Untersuchung habe somit Veränderungen gezeigt, welche wahrscheinlich seit vielen Jahren in gleicher Form vorhanden seien; dies betreffe insbesondere die Nearthrosebildung. Somit könne aus dieser Untersuchung keine eindeutige Ursache für die als Rückfall gemeldeten, massiven neuen Rückenschmerzen genannt werden (Urk. 14/125 S. 2).

E. 3.10

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes - hier des Einspracheentscheids vom 30. August 2005 - gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 161 f. Erw. 2d; ZAK 1984 S. 349 Erw. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 102 Erw. 4 mit Hinweisen).

Die im Anschluss an den Einspracheentscheid vom 30. August 2005 (Urk. 2) ergangenen Berichte der Ärzte der D. ___ Klinik M. ___ vom 28. September 2005 (Urk. 3/5) und von

Dr. F.____ vom 24. November 2005 (Urk. 3/4) stehen in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand. Es rechtfertigt sich daher, die Berichte in diesem Verfahren zu berücksichtigen.

Mit Bericht vom 28. September 2005 (Urk. 3/5) stellten die Ärzte der D.____ Klinik M.____, Rheumatologie, folgende Diagnose (Urk. 3/5 S. 1):

Chronisches lumbovertebrogenes bis rezidivierend spondylogenes rechtsbetontes Schmerzsyndrom mit und bei

- Status nach Beckenfraktur und mit Ischiadicusparese links 1972
- Neurologischer Hohlspitzfuß links
- Status nach Double-Arthrodesis links 1981
- Relative Beinverkürzung links
- ISG-Dysfunktion rechts
- Nearthros-ähnliche Konfiguration LWK 5/S1 links, partielle ossäre Überbrückung des ISG links, leichtgradige paramediane Protrusion Segment L4/5 links ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzel L4 links

Anamnestisch berichten der Beschwerdeführer über seit etwa 30 Jahren bestehende rezidivierende lumbale Rückenschmerzen mit Zunahme in den letzten 10 Jahren, massiv seit einem Jahr. Verstärkte Beschwerden traten nach 1-2 Stunden Laufen auf, stehend nach 10-15 Minuten sowie in Bauch- und Rückenlage. Beim Sitzen müsse oft ein Positionswechsel durchgeführt werden. Die Extension sei im Lumbalbereich sehr schmerzhaft, Liegen sei in Rückenlage schmerzbedingt nur 5 Minuten möglich (Urk. 3/5 S. 1).

Der Beschwerdeführer leide an einer deutlichen Fehlbelastung des Achsenskeletts aufgrund einer relativen Beinverkürzung links bei Status nach Beckenfraktur links mit Ischiadicusparese links. Er sei im Alltag beim Stehen, Liegen und Sitzen beeinträchtigt. Mit der Frage nach einem degenerativen Umbauprozess im ehemaligen Frakturbereich des linken Beckens und des lumbosakralen Übergangs sowie der genauen Beurteilung der Fazettengelenke sei eine Anmeldung zur Szintigraphie sowie zur Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) erfolgt (Urk. 3/5 S. 2).

E. 3.11

Dr. F.____ führte mit Bericht vom 24. November 2005 (Urk. 3/4) aus, der Beschwerdeführer leide seit einigen Monaten an Rückenschmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und des linken Beckens. Es sei offenbar auch schon anlässlich von Behandlungen an der D.____ Klinik 1998 (richtig: 1981) aktenkundig, dass der Beschwerdeführer intermittierend an Rückenschmerzen leide. Aufgrund des klinischen Untersuchs sei auch ohne die veranlasste Computertomographie offensichtlich, dass das Gangbild und die Haltung des Beschwerdeführers stark durch die Unfallfolgen - Beinlängendifferenz, Spitzfuß, Skoliose der Wirbelsäule - verändert sei, was naturgemäß zu einer Fehlbelastung der Wirbelsäule und im Verlauf der Jahre zu zusätzlichen Schmerzen führe. Die Ärzte der D.____ Klinik kamen mit Bericht vom 28. September 2005 ebenfalls zum Schluss, dass die aktuellen Beschwerden in erster Linie als direkte Folgen des Unfalls zu betrachten seien (Urk. 3/4 S. 1).

Obwohl die computertomographischen Aufnahmen knöchelcherne Veränderungen als eindeutige Unfallfolgen gezeigt hätten, werde seitens der Beschwerdeführerin betont, dass kein Bandscheibenvorfall und keine Veränderung der Nervenwurzeln bestehe, was auch im klinischen Untersuch und aufgrund der Beschreibung des Beschwerdeführers nicht vermutet werden müsse. Hingegen passten die weiteren Veränderungen sehr gut zum Beschwerdebild. Es handle sich um typische Beschwerden, die ebenso typisch häufig erst nach vielen Jahren der Belastung aufträten. Diesen Zusammenhang bestätigten auch die Ärzte der D. ___ Klinik. Die aktuellen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit direkte Folge des Unfalls von 1972 (Urk. 3/4 S. 2).

E. 4.1

Der Beschwerdeführer reichte ein durch Dr. F. ___ ausgestelltes Arbeitsunfähigkeitsgutachten vom 22. August 2005 (Urk. 3/3) sowie eine Stellungnahme seiner Physiotherapeutin vom 24. November 2005 ein (Urk. 3/6). Diese Unterlagen vermögen den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.4) nicht zu genügen und können nicht prominent berücksichtigt werden, da es an den erforderlichen - ärztlichen - Angaben wie zum Beispiel Diagnose und Befund fehlt.

E. 4.2

1973 hatte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. J. ___, Orthopädische Universitätsklinik K. ___, erwähnt, er leide nur bei schwerer Belastung unter Rückenschmerzen (Urk. 14/14 S. 2). Im März 1977 litt der Beschwerdeführer unter starken Rückenschmerzen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führten und die Dr. C. ___ auf den Unfall von 1972 zurückführte (Urk. 14/48). Kreisarzt Dr. L. ___ stellte dazu fest, dass die unfallbedingt erlittene Beckenverschiebung auch Auswirkungen auf die Wirbelsäule habe, indem eine kompensatorische, linkskonvexe Skoliosierung eingetreten sei. Möglicherweise seien die zunehmenden Kreuzschmerzen bei einer an und für sich üblichen Bewegung Folge dieser Wirbelsäulenverkrümmung (Urk. 14/50). Die Beschwerdegegnerin übernahm in der Folge die Pflegekosten für diesen Rückfall (Urk. 14/57).

E. 4.3

1981 stellten die im Zusammenhang mit der Fuss- und Beinverletzung des Beschwerdeführers konsultierten Ärzte der D. ___ Klinik fest, die seit etwa zwei Jahren sporadisch auftretenden Rückenschmerzen seien eher funktioneller Natur (Urk. 14/75 S. 3, S. 5). In der Folge traten die Rückenschmerzen nach Lage der Akten im Jahr 2004 dergestalt auf, dass der Beschwerdeführer deswegen einen Arzt aufsuchte und diesem gegenüber festhielt, die Schmerzen beständen seit Anfang 2004 (Urk. 14/89 Ziff. 2). Dr. F. ___ führte mit Bericht vom 21. Dezember 2004 aus, die erhobenen Befunde seien weitgehend auf den 1972 erlittenen Unfall zurückzuführen (Urk. 14/98 Ziff. 3 lit. b).

Auch Dr. H. ___ hielt einen Zusammenhang der Rückenschmerzen des Beschwerdeführers mit dem Unfallereignis zunächst für plausibel (Urk. 14/114 S. 2). Nach durchgeführter computertomographischer Abklärung (Urk. 14/122) kam Dr. H. ___ zum Schluss, es sei als Unfallfolge eine auffällige Veränderung auf der linken Beckenseite mit knöchelcher Versteifung des ISG und einer Knochenaposition nach kranial verblieben. Weiter sei eine Nearthrosebildung zwischen diesem knöchelchen Fortsatz respektive der gesamten linken Beckenhälfte und dem 5. Lumbalwirbelkörper

zu erkennen, welcher selbst zum Sakrum nicht eingesteift sei. Somit könnte hier eine Schmerzquelle liegen. Diskushernien mit oder ohne Neurokompressionen finden sich aber nicht; es bestehe auch keine schwere Bandscheibendegeneration. Die computertomographische Untersuchung habe demnach Veränderungen gezeigt, welche wahrscheinlich seit vielen Jahren in gleicher Form vorhanden seien; dies betreffe insbesondere die Nearthrosebildung. Somit könne aus dieser Untersuchung keine eindeutige Ursache für die als Rückfall gemeldeten, massiven neuen Rückenschmerzen genannt werden (Urk. 14/125 S. 2).

Diesen Angaben lässt sich nicht schlüssig entnehmen, ob die aktuellen Rückenschmerzen des Beschwerdeführers auf den Unfall zurückzuführen sind oder nicht. Dr. H. ___ stellte fest, dass in der Nearthrosebildung eine mögliche Schmerzquelle bestehe. Diese sei aber seit vielen Jahren in gleicher Form vorhanden. Dass der Beschwerdeführer seit 1973 denn auch immer wieder Rückenschmerzen erlitt, wurde von Dr. H. ___ jedoch nicht berücksichtigt und auch nicht erklärt. Dr. H. ___ hielt - nach Gegenüberstellung der computertomographischen Erkenntnisse - lediglich fest, dass aus dieser Untersuchung keine eindeutige Ursache für die Rückenschmerzen genannt werden könne. Ob damit gemeint ist, es müssten weitere Untersuchungen stattfinden, oder ob die Untersuchungsergebnisse gegen eine Unfallkausalität der Rückenschmerzen sprechen, ist nicht ersichtlich. Eine genaue Abklärung und Begründung der Unfallkausalität wäre jedoch gerade aufgrund des Umstands, dass die Beschwerdegegnerin bereits 1977 die Rückenschmerzen des Beschwerdeführers als Rückfall akzeptiert hatte (Urk. 14/57), notwendig.

4.4.4 Was die Berichte von Dr. F. ___ (Urk. 114/123; Urk. 3/4) angeht, so sind diese zur Beurteilung der Frage, ob die Rückenprobleme des Beschwerdeführers unfallkausal sind, nur beschränkt aussagekräftig, da Dr. F. ___ Facharzt für Allgemeinmedizin und zudem Hausarzt des Beschwerdeführers ist (vgl. Urk. 114/123), was sich erfahrungsgemäß auf den objektiven Beweiswert des ärztlichen Berichts auswirken kann (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

Dem Bericht der Ärzte der D. ___ Klinik vom 28. September 2005 (Urk. 3/5) kann sodann ebenfalls nicht eindeutig entnommen werden, ob die Rückenprobleme auf den Unfall von 1972 zurückzuführen sind. Zwar wurde eine deutliche Fehlbelastung des Achsenskeletts aufgrund einer relativen Beinverkürzung - die, wie aus den Akten hervorgeht, unfallbedingt ist - festgestellt. Ob jedoch das diagnostizierte lumbale Schmerzsyndrom darauf zurückzuführen ist, geht aus dem genannten Bericht nicht klar hervor (Urk. 3/5 S. 2). Es wurden denn auch weitere Untersuchungen veranlasst, deren Resultate jedoch nicht vorliegen.

E. 4.5

Insgesamt gibt es einige Hinweise zur Unfallbedingtheit auch der später aufgetretenen Rückenprobleme des Beschwerdeführers, jedoch kann keinem der vorliegenden Arztberichte schlüssig entnommen werden, ob die Rückenprobleme des Beschwerdeführers auf den 1972 erlittenen Unfall zurückzuführen sind und als Rückfall oder Spätfolge desselben gelten müssen. Dies ist jedoch zur Klärung der Frage der natürlichen und adäquaten Kausalität und somit einer allfälligen weiterbestehenden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unabdingbar. Damit fehlt es an der Grundlage für eine Entscheidung; die Sache erweist sich als in medizinischer

Hinsicht zu wenig abgeklärt.

E. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (Art. 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 5.2

Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen und unter Einholung eines aussagekräftigen, den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 1.4) genügenden fachärztlichen Berichts, der unter Einbezug sämtlicher medizinischer Akten über den Zusammenhang der Rückenbeschwerden mit dem 1972 erlittenen Unfall Aufschluss zu geben hat, den Sachverhalt neu beurteilt und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfährt. Dabei sind soweit sinnvoll die Ärzte der D. Klinik zu befragen beziehungsweise deren veranlasste weitere Untersuchungen (vgl. Urk. 3/5 S. 2) beizuziehen.

E. 5.3

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfertigung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 30. August 2005 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Daniel Santini
 - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf
 - Bundesamt für Gesundheit

