

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00204 vom 15. Oktober 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-10-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2006.00204](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00204)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00204 du 15 octobre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00204 del 15 ottobre 2007

## Erwägungen

### E. 1

1.1. B., geboren 1973, war seit 26. Mai 1992 bei der A. AG, ' ', als Maurer angestellt und in seiner Eigenschaft als Arbeitnehmer bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfall sowie Berufskrankheit obligatorisch versichert.

1.2. Am 25. April 2003 zog sich der Versicherte bei der Arbeit (beim Versetzen eines Kunststeinsturzes) ein Verhebetrauma am unteren Rücken zu. Ab 6. Mai 2003 legte er die Arbeit beschwerdebedingt nieder, worauf die Arbeitgeberin den Vorfall mit 'Unfallmeldung UVG' vom 13. Mai 2003 (Urk. 6/1) der SUVA zur Leistungsprüfung unterbreitete (vgl. Urk. 6/2). Die SUVA erbrachte dem Versicherten hierauf die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld).

In der Folge nahm die SUVA Abklärungen zum Ereignishergang vor (Urk. 6/4), liess sich von der Arbeitgeberin über Wiedereingliederungsmöglichkeiten informieren (Urk. 6/3 und 6/6; vgl. Urk. 6/7) und zog das 'Arztzeugnis UVG' des behandelnden Arztes Dr. med. C., Arzt für Allgemeinmedizin, ' ', vom 27. Mai 2003 (Urk. 6/5) bei. Am 14. Juli 2003 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. D., Kreisarzt SUVA ' ', welcher eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit für 19. Juli 2003 vorsah (Urk. 6/8.1; vgl. Urk. 6/8). Am 18. Juli 2003 erging eine entsprechende Mitteilung an den Versicherten (Urk. 6/9-10).

Nach einer ferienbedingten Auslandabwesenheit unternahm der Versicherte am 11. August 2003 einen Arbeitsversuch, wurde von Hausarzt Dr. C. jedoch bereits nach wenigen Stunden wieder zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 6/11-12). Nachdem die hausärztlich eingeleiteten Therapiemassnahmen nicht die erhoffte Wirkung zeigten hatten und der Versicherte seine Arbeit vorübergehend vollständig ausgesetzt hatte, erfolgte ein von 29. Oktober bis 3. Dezember 2003 dauernder stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik E. (Urk. 6/13-21). Dort wurde ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach erlittener Distorsion der Lendenwirbelsäule (LWS) diagnostiziert und auf eine leichte Limitierung hinsichtlich Tätigkeiten in rückenbelastender Zwangsstellung (insbes. vornbergeneigt und gebückt) sowie beim Heben und Tragen von Gewichten (max. 10-15 kg bzw. repetitiv 7.5-10 kg) geschlossen; alsdann wurde mit Rücksicht auf eine konstatierte leichte Einschränkung beim längeren Gehen und Stehen am Stück auf die Notwendigkeit der Wechselbelastung hingewiesen und die Möglichkeit zur vermehrten Pauseneinlegung postuliert. Die Zumutbarkeitsbeurteilung lautete auf eine 50%ige, binnen Monatsfrist auf 75 % steigerbare Arbeitsfähigkeit (Austrittsbericht der Dres. med. F. und G. vom 28. November 2003 [Urk. 6/23] und psychosomatischer

Konsiliarbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_ vom 14. November 2003 [Urk. 6/22]). Auf dieser Grundlage erging am 8. Dezember 2003 eine Mitteilung der SUVA an den Versicherten zum Taggeldanspruch (Urk. 6/24).

Da der Versicherte der Arbeit nicht im veranschlagten Umfang nachkam, wurde ihm von der Arbeitgeberin per Ende März 2004 gekündigt (Urk. 6/25-27 und 6/35). Trotz hausärztlicher Intervention hielt die SUVA an ihrer Arbeitsfähigkeitseinschätzung fest (Urk. 6/28 und 6/30-32), was sie dem Versicherten mit Verfügung vom 18. Dezember 2003 (Urk. 6/33) formell eröffnete. Dagegen erhob der Versicherte am 12. Januar 2004 Einsprache (Urk. 6/37). Da er gar nicht mehr zur Arbeit erschien, wurde er seitens der Arbeitgeberin nunmehr fristlos entlassen (vgl. Urk. 6/36 und 6/38). In der Folge zog die Arbeitgeberin die ausgesprochenen Kündigungen allerdings vollumfänglich zurück (Urk. 6/41).

Am 12. Februar 2004 erfolgte eine ambulante Untersuchung in der Schmerzprechstunde der Rehaklinik E.\_\_\_\_ (Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2004 [Urk. 6/42]), mit nachfolgender kernspintomographischer Abklärung in der Klinik K.\_\_\_\_, '\_\_\_\_' (Bericht der Dres. F.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ sowie L.\_\_\_\_, Rehaklinik E.\_\_\_\_, vom 2. April 2004 [Urk. 6/43], Bericht der Dres. med. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_, vom 28. April 2004 [Urk. 6/49] sowie Bericht der Dres. F.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_, Rehaklinik E.\_\_\_\_, vom 6. Juli 2004 [Urk. 6/55]). Per 17. August 2004 wurde der Versicherte von der Arbeitgeberin fristlos und definitiv entlassen (Urk. 6/58).

Mit Schreiben vom 12. November 2004 (Urk. 6/59) teilte die SUVA dem nunmehr arbeitslosen Versicherten die rückwirkende Einstellung der Taggelderleistungen ab 1. September 2004 mit. Nach Kenntnisnahme der Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. November 2004 (Urk. 6/61-62) und einer am 25. Februar 2005 durchgeführten Befragung des Versicherten (Rapport vom 1. März 2005 [Urk. 6/65]) nahm die SUVA die entsprechende Mitteilung sowie insbesondere auch die einspracheweise angefochtene Verfügung vom 18. Dezember 2003 zugunsten der weiteren Taggeldausrichtung zurück (Urk. 6/67).

1.3.3.3. Im Folgenden entschloss sich die SUVA auf Empfehlung der Verantwortlichen der Rehaklinik E.\_\_\_\_ (Bericht der Dres. J.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ vom 11. April 2005 [Urk. 6/73]) zur Veranlassung einer spezialärztlichen Untersuchung im Sinne einer Second Opinion sowie zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 6/74-79). Der um seine Zweitmeinung angegangene PD Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulenchirurgie, '\_\_\_\_', erstattete seinen Bericht am 10. Juni 2005 (Urk. 6/87; vgl. auch MRI-Bericht von PD Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, '\_\_\_\_', vom 25. Mai 2005 [Urk. 6/80]). Das Medizinische Zentrum Q.\_\_\_\_, '\_\_\_\_', lieferte das angeforderte Gutachten am 31. Oktober 2005 ab (gezeichnet: Dr. med. R.\_\_\_\_; Urk. 6/95; samt Konsiliarberichten von Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, vom 7. September 2005 [Urk. 8/95.2] und von Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, vom 21. September 2005 [Urk. 6/95.1]). Gestützt darauf stellte die SUVA ihre sämtlichen Leistungen mit Verfügung vom 30. November 2005 (Urk. 6/99) per 12. Dezember 2005 ein.

Die vom Versicherten dagegen am 5. Dezember 2005 erhobene Einsprache (Urk. 6/100) wurde von der SUVA nach ergänzender Einholung der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 8. März 2006 (Urk. 6/106) mit Entscheid vom 24. März 2006 (Urk. 2 = 6/107) abgewiesen.



beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 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 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.3.3 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 Erw. 4b, mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 26. April 1995 in Sachen A. [U 172/94]).

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 9 Erw. 3c/aa). 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. Erw. 3b, und 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.4.4 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 und 122 V 160 Erw. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem

Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 353 f. Erw. 3b/ee, mit Hinweis).

### E. 3.1

3.1.1.1 In dem auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhenden Q. \_\_\_-Gutachten vom 31. Oktober 2005 (Urk. 6/95; samt zugehöriger Untergutachten [Urk. 6/95.1-2]) wurden unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" degenerative LWS-Veränderungen mit Diskusprotrusion/Herniation L4/5 und L5/S1 linksbetont sowie mit bewegungs- und belastungsabhängigem lumbovertebralem Beschwerdesyndrom aufgeführt; "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" wurden keine gestellt (S. 14 Ziff. 4). In ihrer gemeinsam erarbeiteten Beurteilung führten die beteiligten Spezialärzte aus, der Beschwerdeführer leide Tag und Nacht unter gleichbleibenden stechenden Schmerzen im Bereich der LWS. Bei Belastung (wie Bücken oder Heben von Lasten) sowie bei raschen Bewegungen nahmen die Schmerzen zu. Gelegentlich komme es zu Schmerzausstrahlungen ins linke oder rechte Bein bis hinab zur grossen Zehe. Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung seien mehrere positive Waddell-Zeichen festgestellt worden. Der Gang sowie Zehen- und Fersenstand seien ungestört möglich. Die Beweglichkeit der LWS für Reklination sei endphasig schmerzhaft eingeschränkt, bei allerdings voller Entfaltbarkeit. Es bestehe eine Druckdolenz der unteren LWS mit Rück- und Klopfschmerzen. Neurologisch seien momentan keine pathologischen Befunde zu verzeichnen. In den konventionellen Röntgenaufnahmen werde das Alignment normal dargestellt, ebenso die Intervertebralaräume und Wirbelkörper. Auf den MRI-Aufnahmen der LWS von 2004 und 2005 fanden sich ein Anulusriss auf der Höhe L4/5 mit mediolateraler Diskushernie L4/5 links und möglichem Kontakt zur Nervenwurzel L5 links sowie ein kleiner Anulusriss und Bandscheibenprotrusionen auf der Höhe L5/S1 ohne Neurokompression. Klinisch handle es sich beim vorgefundenen Zustand um ein bewegungs- und belastungsabhängiges lumbovertebrales Syndrom bei Diskopathien bis Diskusprotrusionen oder Herniationen L4/5 und L5/S1 linksbetont ohne Anhaltspunkte für eine Neurokompression. Für körperliche Schwerarbeit (insbes. auf dem Bau) sei der Beschwerdeführer demzufolge nicht mehr voll einsetzbar. Für angepasste leichtere Tätigkeiten ohne die Notwendigkeit zum dauernden Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne die Notwendigkeit zu dauerndem Stehen an Ort oder ständiger Arbeit bestehe hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Eine berufliche Eingliederung des noch jungen Beschwerdeführers sei dringend indiziert. In Frage kämen etwa Reinigungstätigkeiten, Kontroll- und Überwachungsarbeiten oder beispielsweise Arbeiten an einer Tankstelle, als Securitas-Wächter oder ähnliches. Günstig wirke sich aus, dass der Beschwerdeführer gut Deutsch spreche. Bei der psychiatrischen Beurteilung habe - wie schon im Jahr 2003 in der Rehaklinik E. \_\_\_ - keine psychische Störung erhoben werden können. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer für Arbeiten auf dem Bau ungeeignet. Jedoch seien ihm leichtere, wechselbelastende Tätigkeiten (gemäss Beschrieb) voll (d.h. zu 100 %) möglich und zumutbar (S. 14 ff.

Ziff. 5). Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sahen die mit der Begutachtung befassten Spezialisten in einer Berufsberatung und Stellenvermittlung; eine berufliche Eingliederung sei dringend zu empfehlen, da ansonsten die Gefahr der weiteren Dekonditionierung und damit des Abgleitens in die Invalidität bestehe (S. 16 Ziff. 6). Zur Unfallkausalität beziehungsweise zum Vorliegen unfallfremder Faktoren befragt, legten die Q.\_\_\_\_-Verantwortlichen dar, diese Fragen müssten differenziert beantwortet werden: Einerseits habe der Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 25. April 2003 nicht unter Rückenschmerzen gelitten. Andererseits beständen aber auf mehreren Etagen deutliche degenerative LWS-Veränderungen, welche nicht auf das am 25. April 2003 erlittene Trauma zurückzuführen seien. Es sei anzunehmen, dass diese Veränderungen nach jahrelanger Bauarbeitertätigkeit mit erheblicher LWS-Belastung auch ohne Unfall zu Beschwerden geführt hätten. Der Unfall sei als Auslöser der Beschwerden zu sehen, wobei sich die Unfallfolgen bei nicht veränderter LWS innert etwa sechs Monaten zurückgebildet hätten. Die Beschwerden könnten schätzungsweise für die Maximaldauer eines Jahres als unfallkausal angesehen werden; für die Zeit danach sei die Unfallkausalität nurmehr möglicherweise gegeben. Mit anderen Worten sei die verzögerte Ausheilung beziehungsweise Persistenz der Beschwerden unfallfremd (S. 16 Ziff. 7.3.2). Zur Zustandsverbesserung sei die sofortige Wiedereingliederung des Beschwerdeführers in die Arbeitswelt dringend geboten; weitere medizinische Therapien würden voraussichtlich erfolglos bleiben und den Beschwerdeführer nur in seinem irrtümlichen Glauben bestärken, schwer rückenkrank zu sein (S. 16 Ziff. 7.4).

Der von der Beschwerdegegnerin um eine Stellungnahme (Second Opinion) angegangene PD Dr. O.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 10. Juni 2005 (Urk. 6/87) unter anderem ausgeführt, aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht bestehe zweifelsfrei ein erheblicher degenerativer Vorzustand mit trietagerer Bandscheibendegeneration, welcher nicht unfalltraumatisch erklärt werden könne. Durch das Unfallereignis vom 25. April 2003 sei es jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer temporären Verschlechterung der Bandscheibensituation L4/5 gekommen (mit möglicherweise vermehrter Extrusion von subligamentärem Bandscheibengewebe); dies habe zur seit dem Unfall persistierenden und weitgehend therapiefesten Symptomatik geführt. Mit Blick auf das unfallkausal nicht erklärbare trietagere Degenerationsmuster L3-S3 sei jedoch lediglich eine protrahiert temporäre Verschlechterung anzunehmen, und zwar im Sinne einer Akzeleration des degenerativen Vorzustands, welche jedoch in gewissem zeitlichem Abstand mit überzeugender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Belastungsmoment aufgetreten wäre. Die Bemessung des unfallbedingt präzessiven Intervalls sei zu gegebener Zeit und nach Klärung allenfalls vorhandener endogener Komorbiditäten sowie ausgeschöpften respektive definitiv abgelehnten Therapiereserven im Rahmen eines separaten Abschlussgutachtens zu klären (S. 13 f. Ziff. 5). Die von PD Dr. O.\_\_\_\_ gestellte Diagnose hatte auf ein chronifiziertes Lumbovertebralsyndrom bei trietagerer Diskopathie L3-S1 mit subanulärer Extrusion L4/5 bei unfallfremder primär degenerativer Diskopathie L3-5 und bei Status nach axialem Belastungstrauma in LWS-Hyperextension am 25. April 2003 mit temporär zum Spontanverlauf präzessierend protrusiver Verschlechterung des Vorzustands sowie einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung gelautet (S. 14 Ziff. 5). Von ohnehin nur sehr beschränkt möglichen operativen Massnahmen hatte PD Dr. O.\_\_\_\_ aus psychischen Gründen dringend abgeraten (S. 14 f. Ziff. 5). Schliesslich hatte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich körperlich mittelschwerer bis schwerer Tätigkeiten

attestiert und die Zumutbarkeit der Verrichtung körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeiten (bis max. 10 kg Gewichtsbelastung) postuliert, und zwar vorderhand versuchsweise im Rahmen eines 50 %-Pensums und bei halber Leistung (S. 15 Ziff. 5).

3.1.2.2 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 8. März 2006 (Urk. 6/106) nahm Dr. U. Bezug auf verschiedene medizinische Vorakten (worunter der Bericht von Dr. C. vom 27. Mai 2003 über die Untersuchung vom 6. Mai 2003 [Urk. 6/5], der Kreisarztbericht von Dr. D. vom 14. Juli 2003 [Urk. 6/8.1], die Zwischenberichte von Dr. C. vom 1. September 2003 [Urk. 6/12] und 15. November 2003 [Urk. 6/20], der Austrittsbericht der Rehaklinik E. vom 28. November 2003 [Urk. 6/23; vgl. Urk. 6/22] sowie die Berichte von Dr. C. vom 17. November 2004 [Urk. 6/61-62]). Alsdann setzte er sich insbesondere mit dem Bericht von PD Dr. O. vom 10. Juni 2005 (Urk. 6/87; samt bildgebender Dokumentation [vgl. Urk. 6/80]) auseinander und ging auf das Q.-Gutachten vom 31. Oktober 2006 (Urk. 6/95; samt zugehöriger Untergutachten [Urk. 6/95.1-2]) ein. Anschliessend legte er dar, die radiologischen Unterlagen zeigten eine Degeneration der untersten drei lumbalen Bandscheiben, was von PD Dr. O. zurecht als unfallfremd respektive vorbestehend taxiert worden sei. Allerdings könne zumindest die Bandscheibe L4/5 für eine Ischialgie verantwortlich sein, indem dort eine mittelbasige rechtsparamediane Protrusion mit 2-kammeriger High-Intensity-Zone (HIZ) bestehe. Bei einer HIZ handle es sich zumeist um periphere, aber intradiskal gelegene Anulusrisse oder -defekte, das heisst Pathologien am Faserring der Bandscheibe. Diskographie-gestützte Studien hätten gezeigt, dass Bandscheiben mit HIZ eher positive Resultate auf Provokationsdiskographie gäben als solche ohne HIZ, und zwar mehr oder weniger unbesehen davon, ob asymptotische oder symptomatische Probanden getestet würden. Über die Ursache von Bandscheibenschäden mit HIZ, namentlich darüber, ob diese monotraumatisch (und falls ja, wann) entstanden, liessen sich nun aber gemäss allgemeinem wissenschaftlichem Konsens keine Aussagen treffen. PD Dr. O. sei der Meinung, dass die Bandscheibensituation L4/5 durch das Unfallereignis vom 25. April 2003 eine temporäre Verschlechterung erfahren habe und zwar möglicherweise mit zusätzlich vermehrter Extrusion von subligamentärem Bandscheibengewebe. Allerdings habe er nicht detailliert ausgeführt, worauf er diese Annahme stütze. Wie PD Dr. O. weiter ausgeführt habe, habe das 3-Etagen-Degenerationsmuster höchstens eine vorübergehende Akzeleration erfahren können, wobei die Beschwerden auch ohne das Belastungsmoment in gewissem zeitlichem Abstand mit überzeugender Wahrscheinlichkeit aufgetreten wären. Die zwar mehrere Fachgebiete umfassende (Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie), aber keine Wirbelsäulenchirurgie beinhaltende Q.-Begutachtung habe sich nicht in vergleichbar fundierter Weise wie PD Dr. O. mit einer möglichen Bandscheibentraumatisierung befasst und vermittele insofern keine verwertbaren Zusatzdaten. Allerdings würden die Gutachter mit PD Dr. O. darin einig gehen, dass die drei degenerierten Bandscheiben nicht auf das Trauma vom 25. April 2003 zurückgeführt werden könnten, wobei die fraglichen Veränderungen angesichts der erheblichen Belastung im Bauarbeiterberuf wohl auch ohne das einmalige Ereignis vom 25. April 2003 zu Beschwerden geführt hätten. Auch nach Meinung der Q.-Verantwortlichen sei der Unfall vom 25. April 2003 Auslöser von Beschwerden, die sich aber bei normaler Wirbelsäulenbeschaffenheit binnen sechs Monaten gänzlich zurückgebildet hätten. Woraus die bei einer gesunden Wirbelsäule zu gewöhnlichen Unfallfolgen genau bestanden hätten, sei freilich nicht ausgeführt worden. Alles in allem sei man seitens des Q. von einer

vorübergehenden, wegen der Vorschädigung zeitlich auf ein Jahr statt sechs Monate zu veranschlagenden unfallbedingten Einwirkung ausgegangen. Insgesamt hielt Dr. U. \_\_\_ dafür, es sei zwar schwierig, aufgrund von Momentaufnahmen - wie sie bildgebende Dokumentationen naturgemäss darstellen würden - den hypothetischen Einfluss des Hebeereignisses vom 25. April 2003 und den weiteren Verlauf zu rekonstruieren. Da die dargestellten LWS-Veränderungen, insbesondere auch in der HIZ, jedoch in keiner Weise unfall- oder traumaspezifisch seien, erweise sich die gutachterlich postulierte zeitliche Befristung der unfallbedingten Einwirkung im Ganzen als korrekt und fundiert. Gegen das von der Beschwerdegegnerin auf den 12. Dezember 2005 festgelegte "Gleichziehen von Schicksal und Unfallereignis" (sprich: Erreichung des Zustands, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall eingestellt hätte; 'status quo sine') sei aufgrund der medizinischen Akten mithin nichts einzuwenden.

3.2 Laut den in den wesentlichen Zügen übereinstimmenden, nachvollziehbaren und plausiblen medizinischen Einschätzungen von PD Dr. O. \_\_\_, der Q. \_\_\_-Verantwortlichen (Dres. R. \_\_\_, S. \_\_\_ und T. \_\_\_) und von Dr. U. \_\_\_ hat das am 25. April 2003 erlittene Verhebetrauma gleichsam zu einem beschleunigten Eintritt (Präzession) eines bei weiterer Ausübung der belastenden Bauarbeitertätigkeit früher oder später ohnehin symptomatisch gewordenen degenerativen Wirbelsäulenleidens geführt. Zwar mag der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 25. April 2003 keine relevanten Beschwerden gehabt haben (Urk. 1), doch hätte die beim fraglichen Vorfall nach übereinstimmender Fachmeinung bereits weit fortgeschrittene und sich über mehrere Etagen hinziehende Bandscheibenpathologie einer anhaltenden berufsspezifischen Beanspruchung über kurz oder lang kaum mehr beschwerdefrei standgehalten. Soweit ärztlicherseits argumentiert wird, der Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall eingestellt hätte ('status quo sine'), wäre (bei anhaltender beruflicher Belastung) innert Jahresfrist erreicht gewesen, leuchtet dies ebenfalls ein. Nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beurteilung des hypothetischen Verlaufs der degenerativen Vorerkrankung erschweren, wurden von den beteiligten Ärzten und Ärztinnen jeweils deutlich gemacht. Die fraglichen Unwägbarkeiten liegen in der Natur der Sache begründet und vermögen die Überzeugungskraft der ärztlichen Argumentation nicht entscheidend zu schmälern.

Damit ist erstellt, dass zum Zeitpunkt, auf den hin die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen eingestellt hat (12. Dezember 2005), der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. April 2003 und den anhaltenden Beschwerden jedenfalls längst dahingefallen war; der Gesundheitsschaden hat damals nachgewiesenermassen nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Die von der Beschwerdegegnerin am 30. November 2005 verfasste (Urk. 6/99) und mittels des angefochtenen Einspracheentscheids vom 24. März 2006 (Urk. 2 = 6/107) bestätigte Leistungseinstellung auf den 12. Dezember 2005 erweist sich demnach als rechtmässig. Hieran vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers, er werde von seinem Hausarzt Dr. C. \_\_\_ weiterhin als arbeitsunfähig betrachtet (Urk. 1), nichts zu ändern. Dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Bauarbeitertätigkeit nicht mehr vernünftig einsetzbar ist, steht ausser Zweifel. Der Frage nach der Zumutbarkeit der Verrichtung einer leidensangepassten Tätigkeit wiederum braucht hier nicht weiter nachgegangen zu werden: Denn soweit den lumbalen Rückenschmerzen ein somatisches

Substrat zugrunde liegt, ist die natürliche Unfallkausalität nach dem oben Gesagten zu verneinen. Ein leistungsbegrenzendes psychisches Leiden fällt ebenfalls ausser Betracht, nachdem zwar verschiedentlich Hinweise auf ein abnormes Krankheitsverhalten beziehungsweise eine nicht-organische Pathologie ausgemacht wurden (z.B. Waddell-Zeichen), das Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Alteration jedoch von fachkundiger Seite wiederholt verneint worden ist (s. psychosomatischer Konsiliarbericht von Dr. H.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_, Rehaklinik E.\_\_\_\_, vom 14. November 2003 [Urk. 6/22] und psychiatrisches Untergutachten von Dr. T.\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_, vom 21. September 2005 [Urk. 6/95.1]); im Übrigen fehlte es bezüglich einer allfälligen psychischen Störung ohnehin an einem rechtlich erheblichen und damit leistungsbegrenzenden Konnex zum Unfallgeschehen (vgl. zur erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen und hinsichtlich psychischer Unfallfolgen im Besonderen: BGE 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a, mit Hinweisen, sowie BGE 115 V 133 ff.).

4. Zusammengefasst führt dies zur - kostenlosen (Art. 1 UVG in Verbindung mit Art. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] und Art. 61 lit. a ATSG sowie Art. 33 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]) und entschädigungsfreien (Art. 1 UVG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 61 lit. g ATSG sowie Art. 34 Abs. 2 GSVGer) - Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- B.\_\_\_\_

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

- Kolping Krankenkasse, Daniela Janser, Forchstrasse 149, 8133 Esslingen

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 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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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