

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00289 vom 5. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2008.00289](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00289)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00289 du 5 février 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00289 del 5 febbraio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 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, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 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 publiziertes Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem 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, 1992 Nr. U 142 S. 76).

## E. 2

2.1 Die SUVA begründete die Leistungseinstellung im Wesentlichen damit, dass es - wie sich nicht nur aus der kreisärztlichen Einschätzung, sondern auch aus den Beurteilungen der behandelnden Ärzte ergebe - an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem am 4. April 2006 erlittenen Unfall, der weder ursächlich sei für die Diskushernie L4/L5 noch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden Schäden an der Wirbelsäule geführt habe (Urk. 6 S. 3 ff.), und der über den 15. April 2008 hinaus anhaltenden, mit den organischen Befunden kaum zu erklärenden Symptomatik fehle (Urk. 2 S. 4 f., Urk. 6 S. 5 ff.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Diskushernie L4/L5 sei auf den Sturz vom 4. April 2006 zurückzuführen (Urk. 1 S. 4 f.). Nachdem sein Gesundheitszustand nur unzureichend abgeklärt worden sei, sei ein erheblicher Vorzustand jedenfalls nicht nachgewiesen. Zwar habe er bereits im Jahr 2003 wegen Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung gestanden, die Schmerzen seien indes nach kurzer Zeit wieder gänzlich abgeklungen. Im Zeitpunkt des Unfalls sei er seit rund drei Jahren beschwerdefrei gewesen; angesichts der nun persistierenden erheblichen Beschwerden könne daher vom Wiedererreichen des status quo sine keine Rede sein (Urk. 1 S. 4 ff.).

## E. 3

3.1 Betreffend die Zeit vor dem anfangs April 2006 erlittenen Sturz ist aktenkundig, dass sich der Beschwerdeführer vom 25. April bis 8. Mai 2003 wegen eines akuten Lumbovertebralsyndroms nach Verheben infolge Tragens eines schweren Tablars von Dr. med. Y. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, MedX-Kraftigungstherapie, behandeln liess. Dieser hielt am 12. Mai 2003 fest, die Untersuchung habe eine lumbal-links-konvexe, thorakal-rechts-konvexe S-förmige Skoliose, eine völlig blockierte und endphasenschmerzhaftige Seitenneigung nach links, eine um ein Drittel eingeschränkte Flexion und Reklination, einen Finger-Boden-Abstand von 30 cm, eine interspinale Druckdolenz L4 bis S1 sowie Beckenkamminsertionstendinosen rechtsbetont ergeben. Nach einer systemischen Therapie mit Olfen sowie passiven und - im Verlauf - aktiven physiotherapeutischen Massnahmen habe bis Mai 2003 eine Beschwerdefreiheit erreicht werden können. Vom 22. April bis 9. Mai 2003 habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ob weitere Abklärungen oder eine Fortsetzung der aktiven Behandlung erforderlich seien, werde sich nach Wiederaufnahme der Arbeit zeigen (Urk. 7/62).

### E. 3.2

3.2.1 Nach dem Unfall vom 4. April 2006 wurden am 21. April 2006 wegen einer persistierenden ausgeprägten Ausweichskoliose der Wirbelsäule (Schiefstand) bei Status nach Sturz vom 4. April 2006, einer praktisch blockierten Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) und einer Druckdolenz im linksseitigen Bereich des Iliosakralgelenks (ISG) ein vertebro-spinale MRI (Th11 bis S3) sowie ein MRI des ISG und des Beckens durchgeführt. Die Untersuchung ergab eine Streckhaltung der LWS sowie eine kleinvolumige foraminale Diskushernie L4/L5 links mit leicht angehobener Nervenwurzel L4, deren Relevanz für das aktuelle klinische Beschwerdebild angesichts

des Fehlens einer L4-Symptomatik in Zweifel gezogen wurde. Im Weiteren zeigten sich eine Dehydratation der Disken L4/L5, L3/L4 und L5/S1 sowie ein anularer Riss L5/S1 ohne Einengung nervaler Strukturen. Im Bereich des Beckens wurden keine pathologischen Befunde erhoben (Urk. 7/11).

3.2.2 Die noch am Unfalltag erstmals konsultierte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 23. Mai 2006 ein - sofort nach dem Sturz vom 4. April 2006 aufgetretenes - lumboradikulares Syndrom sowie eine ausgeprägte Schiefhaltung bei traumatisch ausgetretener Diskushernie L4/L5 links. Der Beschwerdeführer habe unmittelbar nach dem Sturz unter Rückenschmerzen gelitten und eine Kraftverminderung in den Beinen festgestellt. Nach einiger Zeit habe er sich mühsam erheben können und sich dann auf eine Mauer stützen müssen. Er habe sehr starke Hustenschmerzen verspürt. Weder leide der Patient unter Krankheiten noch unter Folgen früherer Unfälle. Derzeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/12).

3.2.3 Die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Wirbelsäulenzentrum, stellten am 24. Mai 2006 folgende Diagnosen (Urk. 7/16 S. 1):

- Radikulopathie L4 links bei foraminale Diskushernie L4/5 links
- Diskopathie L3/4, L4/5 und L5/S1
- Anulus-Riss L5/S1

Die nach dem Sturz vom 4. April 2006 geklagten Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein seien - unter analgetischer und physikalischer Behandlung - rückläufig; auch die anfänglich ausgeprägte Schiefhaltung habe sich gebessert. Die Radikulopathie L4 links korreliere sehr gut mit den Befunden der bildgebenden Untersuchungen (Urk. 7/16 S. 1).

Nachdem sie am 8. Juni 2006 eine therapeutische Wurzelinfiltration L4 links durchgeführt hatten (Urk. 7/15), berichteten die genannten Ärzte am 26. Juni 2006 über einen sehr erfreulichen Verlauf, angesichts dessen ab dem 3. Juli 2006 wieder eine 50 %ige und ab dem 10. Juli 2006 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 7/18).

Nach einer erneuten Infiltration am 24. August 2006 (Urk. 7/36) gaben die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Wirbelsäulenzentrum, am 21. September 2006 an, die Behandlung habe keine wesentliche Besserung mehr gezeitigt. Der Patient klage nun über Ausstrahlungen in beide Oberschenkel und Schmerzen im Rücken. Der Befund sei im Vergleich zur letzten Untersuchung unverändert; es beständen eine volle Inklination und eine intakte Sensomotorik. Das Aufrichten und die Reklination seien möglich. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/40).

Nach Durchführung eines Sakralblocks gaben die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_ am 13. November 2006 an, es habe keine Schmerzlinderung erzielt werden können. Die vom - seit dem 2. Oktober 2006 wieder zu 100 % arbeitsunfähigen - Beschwerdeführer geklagten Beeinträchtigungen hätten sich im Verlauf deutlich verändert. Nach der relativ erfolgreich behandelten Radikulopathie L4 links klage der Patient nun vor allem über - neu rechtsbetonte - Rückenschmerzen. Typische Ausstrahlungen beständen nicht mehr. Es sei eine erneute kernspintomographische Untersuchung indiziert (Urk. 7/67 = Urk. 7/53).

3.2.4.4. Nachdem Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Sportmedizin-Phlebologie, den Beschwerdeführer am 13. November 2006 kreisärztlich untersucht hatte, hielt er in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 7/50) fest, angesichts der Tatsache, dass der Patient gemäss eigenen Angaben bis zum Sturz im April 2006 nie unter Rückenbeschwerden gelitten habe, sei davon auszugehen, dass durch das Unfallereignis ein bis dahin stummer Vorzustand offenkundig geworden sei. Angesichts der anhaltenden (Teil-)Arbeitsunfähigkeit sei der status quo ante sicherlich noch nicht erreicht. Ob die Verschlimmerung des Vorschadens vorübergehender, dauernder oder richtunggebender Natur gewesen sei, lasse sich erst nach Vorliegen der Ergebnisse der anstehenden bildgebenden Untersuchung beurteilen. Die persistierenden Beschwerden seien noch auf den Unfall zurückzuführen (Urk. 7/50 S. 2 f.).

3.2.5. Am 5. Januar 2007 gaben die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Wirbelsäulenzentrum, an, zwar seien die Beschwerden zwischenzeitlich etwas abgeklungen, es beständen aber weiterhin beidseitige Beinschmerzen, die der Patient insbesondere in die Oberschenkel, teilweise aber auch in die Fussregion projiziere. Die erneute Kernspintomographie habe die bekannten degenerativen Veränderungen mit einer nach linksforaminalen Diskushernie L4/5 sowie einer kleineren rechtsforaminalen Diskushernie L3/4 ergeben (Urk. 7/78).

Die insbesondere in den Füssen geklagten Beschwerden und die Schwäche liessen sich mit den Diskushernien nicht erklären. Da sich auch die immer wieder auftretenden Blockaden durch eine Dekompression und Diskushernienresektion nicht heben lassen, sei ein konservatives Vorgehen indiziert. Ab Februar 2007 sei - ausgehend von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit - ein nochmaliger Arbeitsversuch geplant. Sollten sich dabei erneut Probleme zeigen, sei eine Umschulung angezeigt; längerfristig liessen sich die Diskopathien mit Hernien von drei Segmenten mit der belastenden Arbeit als Maurer nicht vereinbaren (Urk. 7/78).

3.2.6. Dr. Z.\_\_\_\_ stellte am 1. Februar 2007 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/72):

- Posttraumatische Radikulopathie L4 links bei Diskushernie L4/L5 links
- Anulus-Riss L5/S1
- Diskopathie L3/L4, L5/S1
- Status nach zweimaliger therapeutischer Wurzelinfiltration L4 links sowie Sakralblock am 10. Oktober 2006

Beim Patienten, der früher keine Rückenprobleme gehabt habe, seien in der vergangenen Woche erneut akute Lumbalgien und lumboradikuläre, ins linke Bein ausstrahlende Schmerzen aufgetreten. Es sei eine orthopädische Abklärung indiziert.

3.2.7. Am 30. März 2007 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten der Universitätsklinik B.\_\_\_\_, Orthopädie, untersucht. In ihrem Bericht vom 17. April 2007 (Urk. 7/79) diagnostizierten diese ein lumbospondylogenes Syndrom. Beim Patienten, der anamnestisch früher nie unter Rücken- beziehungsweise Kreuzschmerzen gelitten habe (Urk. 7/79 S. 1), ständen belastungs- und bewegungsabhängige Kreuzschmerzen im Vordergrund; eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Es finde sich kein eindeutiges morphologisches Korrelat für die angegebenen Schmerzen. Zur Linderung fielen einzig noch physiotherapeutische Massnahmen in Betracht; weitere Untersuchungen seien nicht geplant (Urk. 7/79 S. 2).

3.2.8.1 Nachdem er den Beschwerdeführer am 9. August 2007 erneut kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. A. \_\_\_ in seinem Bericht vom nämlichen Datum (Urk. 7/95) fest, das noch im April 2006 angefertigte MRI der LWS und des Beckens habe keine Hinweise auf eine frische knöcherner oder ligamentäre Verletzung ergeben. Da sich überdies weder Ödeme noch Hämatome gezeigt hätten, könne ausgeschlossen werden, dass der fragliche Unfall ursächlich für die Veränderungen an der Wirbelsäule, insbesondere die Diskushernie L4/L5 links, gewesen sei (Urk. 7/95 S. 4 f.). Auch eine richtunggebende Verschlimmerung dieses Vorzustands erscheine mangels jeglicher frischer Verletzungszeichen als unwahrscheinlich. Angesichts des identischen Befunds der im Abstand von sieben Monaten durchgeführten beiden Kernspintomographien der Lendenwirbelsäule könne ein überdurchschnittlich schnelles Voranschreiten der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule ausgeschlossen werden. Demnach sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands an der LWS auszugehen. Dass noch Unfallfolgen beständen, lasse sich medizinisch ebenso wenig belegen wie ein status quo sine. Erschwerend wirke sich die psychosoziale Belastungssituation aus (Urk. 7/95 S. 5).

2.2.8.2 In Anbetracht der Schwere der krankhaften Veränderungen sei kaum mit dem Wiederreichen einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Bauarbeiter zu rechnen. Die aktuell bestehende 50 %ige Restarbeitsfähigkeit lasse sich derzeit nicht steigern. Es seien eine stationäre Behandlung und allenfalls eine berufliche Abklärung in der Rehaklinik C. \_\_\_ indiziert (Urk. 7/95 S. 5).

3.2.9.1 Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 8. Oktober bis 8. November 2007 stationär behandelte hatten, stellten die Ärzte der Rehaklinik C. \_\_\_ im Austrittsbericht vom 13. November 2007 folgende Diagnosen (Urk. 7/118 S. 1):

- Unfall vom 4. April 2006: Sturz von einem Dreitritt mit lumboradikulärem Syndrom und ausgeprägter Schiefhaltung bei traumatisch ausgetretener Diskushernie L4/L5 (Diagnose von Frau Dr. Z. \_\_\_)

- MRI der LWS vom 23. November 2006: auf Höhe L3/4 geringe rechtsausladende Diskusprotrusion mit Kontakt zur Nervenwurzel L3, in Höhe L4/5 intraforaminal kleine Diskushernie mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links; auf Höhe L5/S1 Diskusdegeneration mit Anulus-Riss dorsal; insgesamt keine erhebliche Kompression nervaler Strukturen, keine wesentliche Spondylarthrose

- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

2.2.9.2 Aufgrund der Selbstlimitierung hätten die erwarteten Verbesserungen betreffend Funktion und Belastbarkeit mittels der durchgeführten therapeutischen Massnahmen nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen und bildgebenden Untersuchungen sowie der gestellten Diagnosen aus somatischer Sicht nur teilweise erklären (Urk. 7/118 S. 1). Eine sich auf die Leistungsfähigkeit auswirkende psychiatrische Störung von Krankheitswert liege nicht vor (Urk. 7/118 S. 2).

2.2.9.3 In der angestammten Tätigkeit als Kundenmaurer bestehe eine vollständige und in der zuletzt ausgeübten leichteren Tätigkeit im Kundendienst eine maximal 50 %ige, sich in den nächsten zwei Monaten noch reduzieren lassende

Arbeitsunfähigkeit. In einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne länger dauernde vorgeneigte Positionen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/118 S. 2).

### **E. 3.2.10**

Das MRI der LWS vom 17. Januar 2008 ergab einen kleinen Einriss des Anulus fibrosus sowie eine intraforaminale Diskushernie im Segment L4/5 links, deren Volumen sich gegenüber der Voruntersuchung vom 23. November 2006 als regredient zeigte. Betreffend die den Einriss des Anulus fibrosus im Segment L5/S1 begleitende Bandscheibenprotrusion ergab sich keine Irritation neurogener Strukturen (Urk. 7/125).

### **E. 3.2.11**

Gestützt auf die Ergebnisse der abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. A. \_\_\_ am 27. März 2008 fest, die erneute kernspintomographische Abklärung habe einen gegenüber der Situation im November 2006 im Wesentlichen unveränderten Befund beziehungsweise eine geringfügige Verbesserung im Bereich der lumbalen Diskushernie ergeben. Es sei demnach erwiesen, dass es unfallbedingt zu keiner namhaften Verschlechterung der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule gekommen sei; eine unfallkausale richtunggebende Verschlimmerung des Vorschadens erscheine daher als sehr unwahrscheinlich. Angesichts des Umstands, dass seit dem fraglichen Sturz, der zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden krankhaften Zustands geführt habe, schon 24 Monate vergangen seien, sei der status quo sine nun - entsprechend der klinischen Erfahrung - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht (Urk. 7/137 S. 4).

## **E. 4**

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sich beim Sturz vom 4. April 2006 im Bereich des Beckens verletzte und im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. April 2008 (Urk. 7/142, Urk. 2) noch unter im Zusammenhang mit Veränderungen der LWS stehenden Beschwerden litt, die - wenn auch nicht im vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmass - eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zeitigten (Urk. 7/95 S. 5, Urk. 7/118 S. 2).

4.2 Dass die pathologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere die Diskushernie L4/L5, traumatischer Natur wären, ist aufgrund der Arztberichte und des Unfallgeschehnisses nicht anzunehmen. So entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (vgl. etwa für Viele Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2007, 8C\_51/2007 Erw. 3.2.1 mit Hinweisen auf RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192).

Vorliegend sind die Voraussetzungen für die Qualifikation der Diskushernie L4/L5 als unfallkausal nicht erfüllt. Beim Geschehnis vom 4. April 2006,

bei dem sich der Beschwerdeführer beim Versuch, den Sturz von einem kippendem Dreitritt abzuwenden, die Lende an einer TÄrleibung anschlug (Urk. 7/1), handelte es sich - angesichts des geschilderten Hergangs und der Tatsache, dass in der Folge weder HÄmatome oder Ädeme noch frische ossäre oder ligamentäre Läsionen festgestellt wurden (Urk. 7/11, Urk. 7/95 S. 4, Urk. 7/12) - um keinen besonders schweren Unfall.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Diskushernie L4/L5 traumatischer Genese sei, wie dies die Hausärztin Dr. Z.\_\_\_\_ ohne jegliche BegrÄndung postulierte (Urk. 7/12, Urk. 7/72), steht nicht nur im Widerspruch zur Beurteilung der weiteren untersuchenden und behandelnden (Fach-)Ärzte (Urk. 7/50 S. 2 f., Urk. 7/78, Urk. 7/95 S. 4 f., Urk. 7/137 S. 4), sondern vermag auch deshalb nicht zu Äberzeugen, weil die genannte Ärztin frÄhere RÄckenprobleme des Beschwerdeführers tatsachenwidrig negiert hatte (Urk. 7/12, Urk. 7/72). Entsprechende AbklÄrungen der SUVA ergaben, dass der Beschwerdeführer - gerade auf Zuweisung der Allgemeinpraktikerin Dr. Z.\_\_\_\_ hin (Urk. 7/62) - bereits im Jahr 2003 wegen wÄhrend knapp drei Wochen mit einer vollstÄndigen ArbeitsunfÄhigkeit einhergegangener und ebenfalls im lumbalen Bereich lokalisierter Beschwerden (akutes Lumbovertebralsyndrom) beim Rheumatologen Dr. Y.\_\_\_\_ in Behandlung gestanden hatte (Urk. 7/62).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinzuweisen ist im Äbrigen darauf, dass sich verschiedene Ärzte die angegebenen Beschwerden - wenn nicht von Anfang an (vgl. Bericht MRI vom 21. April 2006, Urk. 7/11), so zumindest im Verlauf (vgl. Bericht Klinik V.\_\_\_\_ vom 13. November 2006 [Urk. 7/67], Bericht UniversitÄtsklinik B.\_\_\_\_ vom 17. April 2007 [Urk. 7/79 S. 2], Austrittsbericht Rehaklinik C.\_\_\_\_ vom 13. November 2007 [Urk. 7/118 S. 1]) - jedenfalls im geltend gemachten Ausmass mit den objektivierbaren Befunden kaum zu erklÄren vermochten.

4.3Ä Ä Ä Ä Angesichts der Tatsache, dass das knapp zweieinhalb Wochen nach dem Unfall durchgefÄhrte MRI vom 21. April 2006 (Urk. 7/11) Befunde ergab, die praktisch identisch waren mit den am 17. Januar 2008 erhobenen Resultaten (Urk. 7/125), hielt Dr. A.\_\_\_\_ eine unfallbedingte richtunggebende Verschlechterung der degenerativen VerÄnderungen an der WirbelsÄule nachvollziehbar fÄr sehr unwahrscheinlich (Urk. 7/95 S. 5, Urk. 7/137 S. 4).

4.4Ä Ä Ä Ä Es ist demnach davon auszugehen, dass der fragliche Unfall zwar keine - unmittelbaren oder erst im Verlauf sich manifestierenden - objektivierbaren SchÄden an der WirbelsÄule zeitigte, jedoch einen im Zusammenhang mit den vorbestandenen degenerativen VerÄnderungen zu sehenden Beschwerdeschub auslÄste. Dass dieser noch Äber den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. April 2008 (Urk. 7/142, Urk. 2) andauert hÄtte, ist indes nicht anzunehmen. So entspricht es der medizinischen Erfahrung, dass der organische Zustand des RÄckens nach allfÄllig erlittenen Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate beziehungsweise - bei degenerativen VerÄnderungen - spÄtestens ein Jahr nach dem Unfall wieder so weit hergestellt ist, wie er es auch wÄre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hÄtte (status quo sine; vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2008, 8C\_744/2008, Erw. 4, und vom 1. Mai 2009, 8C\_29/2009, Erw. 3.5, je mit Hinweisen). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Berichte der Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, aus denen hervorgeht, dass der Beschwerdeführer, nachdem seine ursprÄnglichen Beschwerden schon bald weitgehend abgeklungen waren, in der Folge Äber neuartige beziehungsweise anders lokalisierte BeeintrÄchtigungen im Bereich des

Rückens klagte (vgl. Berichte Klinik V.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2006 [Urk. 7/16 S. 1], vom 26. Juni 2006 [Urk. 7/18], vom 21. September 2006 [Urk. 7/40] und insbesondere vom 13. November 2006 [Urk. 7/67]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben vor dem fraglichen Sturz beschwerdefrei war (Urk. 1 S. 6 f.), lässt sich nichts zu seinen Gunsten herleiten. Die Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" im Sinne der natürlichen Vermutung, Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn eine vorbestehende Erkrankung der Wirbelsäule bis zum Unfall schmerzfrei war, ist nämlich unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich unzulässig, sofern der Unfall - wie vorliegend - keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2008, 8C\_590/2007, Erw. 7.2.4 mit Hinweisen). Anzumerken ist schliesslich, dass der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden muss (Urk. 1 S. 6 f.; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2007, U 381/06, Erw. 2.2 mit Hinweis).

4.5 Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Unfall vom 4. April 2006 weder einen objektivierbaren Schaden an der Wirbelsäule gezeitigt noch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen geführt hat. Wohl lässt der fragliche Sturz einen Beschwerdeschub der Diskushernie aus, spätestens im - gut zwei Jahre nach dem fraglichen Ereignis liegenden - Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. April 2008 hatte er seine Ursächlichkeit für die noch geklagten Beschwerden aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verloren. Dass weitere Abklärungen zu einem anderen Ergebnis führten (Urk. 1 S. 8), ist in Anbetracht der erfolgten fundierten Untersuchungen nicht anzunehmen. Angesichts der expliziten Verneinung eines behandlungsbedürftigen und/oder sich auf die Leistungsfähigkeit auswirkenden psychischen Gesundheitsschadens seitens der Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_ (Urk. 7/118 S. 2) sowie des ohne Weiteres als leicht zu taxierenden Unfalls (vgl. hierzu BGE 115 V 133 Erw. 6a) erbringen sich auch Ausführungen betreffend eine (teilweise) psychische Genese der geklagten, den Ärzten im angegebenen Ausmass kaum erklärlichen somatischen Beeinträchtigungen. Die Leistungseinstellung der SUVA per 15. April 2008 ist demnach nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.
3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller
  - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
  - SWICA Gesundheitsorganisation
  - Bundesamt für Gesundheit
4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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