

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00023

## vom 15. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00023)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00023 du 15 juillet 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00023 del 15 luglio 2010

### Erwägungen

#### E. 2

2.1. Hiergegen liess X. am 21. Januar 2009 durch Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzugeben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen, d.h. Taggeld und insbesondere alle Heilungskosten, zu erbringen (Urk. 1).

2.2. Am 26. Februar 2009 (Urk. 7 unter Auflage ihrer Akten, Urk. 8/1-114) ersuchte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf, um Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

2.3. Mit Replik vom 6. April 2009 (Urk. 12) beziehungsweise Duplik vom 23. April 2009 (Urk. 16) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die mit Eingabe vom 28. April 2010 (Urk. 18) eingereichten Unterlagen (Urk. 19/1-6) wurden der Beschwerdegegnerin am 30. April 2010 (Urk. 20) zur Kenntnisnahme zugestellt.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

#### 1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür, das Unfallereignis vom 19. Oktober 2006 habe im Bereich des Rückens lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines bestehenden Vorzustandes geführt. Gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. D. seien die noch geklagten Rückenbeschwerden nicht mehr als unfallkausal zu betrachten (Urk. 2 S. 6-7). Was den geltend gemachten Tinnitus betreffe, so könne dieser nicht Folge des Unfallereignisses sein, habe der Beschwerdeführer doch gemäss eigenen Angaben den Kopf beim Sturz nicht angeschlagen. Ausserdem habe mittels Schädels-MRI eine Hirnverletzung eher ausgeschlossen werden können (Urk. 2 S. 7). Ergänzend liess die Beschwerdegegnerin vorbringen, im vorliegenden Verfahren seien nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen, zu welchen die Verwaltung vorgängig (verfägungsweise) Stellung genommen habe. Mithin fehle es betreffend die über den Verfägungsinhalt hinausgehenden Anträgen an einem Anfechtungsgegenstand, weshalb diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten sei (Urk. 7 S. 9).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, sowohl die Verfägung als auch der angefochtene Entscheid seien unklar,

gehe doch daraus nicht detailliert hervor, welche Gesundheitsschäden die Beschwerdegegnerin als Unfallfolge anerkenne und welche nicht (Urk. 1 S. 5). Im Übrigen sei das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, alle Beschwerden mit Ausnahme der Verletzung am linken Handgelenk, von der Leistungspflicht ausschliessen zu wollen, unzulässig, beständen bei ihm doch keine unfallunabhängigen, krankheits- oder abnutzungsbedingten Beschwerdebilder, welche sich klar von den unfallbedingten trennen liessen (Urk. 1 S. 7). Mithin sei die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) verpflichtet, Heilungskosten und Taggelder zu erbringen, bis der Endzustand erreicht sei (Urk. 1 S. 8). Ergänzend brachte der Beschwerdeführer vor, die Skizze zum Unfallhergang zeige, dass er sich beim Sturz rückwärts von der Leiter in den beengten Verhältnissen den Kopf an der hinteren Betonwand oder allenfalls am Boden angeschlagen haben müsse, wofür auch der Zahnschaden und die Narben am Hinterkopf sprechen (Urk. 12 S. 7-8).

## 2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2.1.1.1.1 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 entfiel (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).

2.3. 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 publiziertes Urteil des 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 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 leistungsbegleitender 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. 3

3.1. Gemäss Operationsbericht des Spitals F. vom 19. Oktober 2006 (Urk. 8/9 S. 3) prallte der Beschwerdeführer bei Montagearbeiten rücklings gegen eine gegenüberliegende Wand, wobei er versucht habe, den Sturz mit der linken Hand abzufangen. Neben der Radiusradiusfraktur ergaben der Bodycheck und die radiologische Abklärung der Wirbelsäule keine weiteren Frakturen.

3.2. Den Angaben der erstbehandelnden Ärzte des Spitals G. vom 20. Oktober 2006 (Urk. 8/36K) zufolge - der Beschwerdeführer wurde zur nachfolgenden operativen Versorgung in das Spital F. überwiesen -, war der Beschwerdeführer tags zuvor auf den Rücken und die linke Hand gestürzt. Er habe angegeben, danach etwa 10 Minuten lang bewusstlos gewesen zu sein. Den Kopf habe er sich nicht angeschlagen, er habe keine Übelkeit gespürt und sich nicht erbrochen. Der Befund zeigte am Schädel keine äusserlichen Verletzungszeichen. Der Schädel war auf Druck und Beklopfen indolent, und die Halswirbelsäule (HWS) zeigte sich frei beweglich ohne Druck- oder Klopfeschmerz. Über der mittleren Brustwirbelsäule (BWS) erhoben die Ärzte einen Druck- und Klopfeschmerz mit p.m. über BWK 8 rechts paravertebral. Ein Thoraxkompressionsschmerz wurde nicht festgestellt. Ossäre Läsionen an der BWS und LWS fehlten, während an der BWS eine leichte skoliotische Fehlhaltung und diskrete degenerative Veränderungen festgestellt wurden (Urk. 8/87 S. 4).

3.3. Gemäss Unfallmeldung vom 27. Oktober 2006 (Urk. 8/1) schlug der Beschwerdeführer am 19. Oktober 2006 beim Sturz von einer Leiter mit der linken Hand und dem Rücken auf einem Betonboden auf.

3.4. Mit Bericht vom 13. November 2006 (Urk. 8/4) berichtete der Hausarzt Dr. Z. einzig von der Fraktur am linken Handgelenk und deren operativen Versorgung. Weitere Befunde erhob er keine.

3.5. Im Arzteugnis vom 28. November 2006 (Urk. 8/6) nannte Dr. med. H., Spital F., eine distale intraartikuläre Radiusradiusfraktur, ohne anderweitige Beobachtungen oder Befunde zu erwähnen.

3.6. Dr. Z. machte am 5. Januar 2007 (Urk. 8/10) erstmals ein posttraumatisches cervico- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom aktenkundig und erachtete einen bleibenden Nachteil (Handgelenksarthrose) als möglich.

3.7. Dr. A. wies in seinem Bericht vom 1. Februar 2007 (Urk. 8/15) darauf hin, dass bei radiologisch sicherer Konsolidation der Fraktur noch Restbeschwerden vorliegen. Konkrete Hinweise für eine Dystrophie fehlten. Daneben bestehe gemäss Angaben des Beschwerdeführers ein traumatisch ausgelöstes panvertebrales Syndrom mit Betonung des Nackens und der Lendenwirbelsäule (LWS). Klinisches Substrat dafür seien eine leichte Fehlhaltung/Fehlform bei gleichzeitig suboptimaler muskulärer Stabilisation (funktionell instabiles Becken), wobei gerade bei den Symptomen ausgehend von der Wirbelsäule ein ganz erheblicher Verdacht auf Symptomausweitung bestehe. Aus der Anamnese ergibt sich im Weiteren, dass der Beschwerdeführer aufgrund chronischer Verspannung der Nackenmuskulatur regelmässig an Kopfschmerzen leide. Der klinische Befund ergab bei leichter Skoliose eine frei bewegliche HWS und nur unbedeutende muskuläre Verspannungen der Nackenmuskulatur. Die Schultergelenke zeigten sich unauffällig. Aufgrund der grossen Chronifizierungsgefahr empfahl Dr. A. eine intensive, ärztlich und physiotherapeutisch gut überwachte Rehabilitation und notierte, aus rheumatologischer Sicht - zumindest was die Wirbelsäule betreffe - gebe es keine Vorbehalte gegen die baldige Wiederaufnahmen irgendeiner körperlichen Tätigkeit (Urk. 8/15 S. 2).

3.8. Dr. med. I., Facharzt Neurologie, Spital J., schrieb mit Bericht vom 21. Februar 2007 (Urk. 8/21), klinisch und elektrodiagnostisch hätten sich keine Hinweise für eine relevante Pathologie des Nervus ulnaris im Bereich des Sulcus ergeben. Anhaltspunkte für ein radikuläres Syndrom C8 fehlten ebenso. Am ehesten sei von einer Symptomausweitung im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms auszugehen.

3.9. Kreisarzt Dr. B. erhob am 26. März 2007 (Urk. 8/22) keine Funktionseinschränkung der HWS. Die Paravertebralmuskulatur zeigte sich weich, deutliche Myogelosen waren nicht tastbar. Es ergab sich einzig eine Druckdolenz am occipitalen Ansatz der Paravertebralmuskulatur rechts. Der Arzt notierte, der Beschwerdeführer sei beim Sturz von der Leiter auf die linke Hand gestürzt und habe sich eine Kontusion des Rückens zugezogen. Befunde in Bezug auf die Wirbelsäule hätten sich keine ergeben. Nach Spaltung des Retinaculum flexorum, Revision des Nervus medianus und Finden einer Läsion des Ramus palmaris des Nervus medianus, sei es zur Symptomausweitung mit Ausbildung eines cervico- und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms gekommen. Diese Beschwerden seien im Zusammenhang mit der vorbestehenden Fehlhaltung und Fehlform der Wirbelsäule mit initialen degenerativen Veränderungen lumbosacral zu sehen und seien erst im weiteren Verlauf aufgetreten. Den Anfangszeugnissen seien keine solchen Befunde zu entnehmen. Mithin handle es sich um unfallfremdes Geschehen, wobei der Sturz nicht zu einer Verschlimmerung eines Vorzustandes geführt habe (Urk. 8/22 S. 3).

3.10.

3.10.1 Der Beschwerdeführer hielt sich vom 11. April bis zum 23. Mai 2007 (Urk. 8/36A) in der Rehaklinik C. auf. Bei der Anamneseerhebung gab er an, beim Sturz von der Leiter mit dem Oberkörper an der naheliegenden Wand angeschlagen und mit dem linken Arm auf den Betonboden aufgeschlagen zu sein. Danach sei er aufgestanden, nach

zwei Schritten aber zusammengebrochen. Seitdem habe er eine Erinnerungslücke von etwa 20 Minuten, wobei er nicht genau habe angeben können, ob es sich um eine Bewusstlosigkeit oder Benommenheit gehandelt habe (Urk. 8/36I S. 2). Nebst Beschwerden in Bezug auf die linke Hand machte der Beschwerdeführer bewegungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung, Nackenschmerzen, Schwindel und Ohrgeräusche, interskapuläre Schmerzen mit Zunahme beim langen Sitzen und Rumpfrotationen, Schmerzen lumbosakral rechtsbetont, depressive Verstimmung, Besorgtheit, Zukunftsängste und hypochondrische Selbstbeobachtung aktenkundig (Urk. 8/36A S. 1-2).

3.10.2 Das psychosomatische Konsilium führte zur Diagnose einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25), wobei leichte depressive Symptome ebenso wie eine gewisse hypochondrische Selbstbeobachtung und eine Anzahl verschiedener körperlicher Befindlichkeitsstörungen in mehreren Bereichen miteingeschlossen seien (Urk. 8/36I S. 3). Wegen der Differentialdiagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung erfolgte des Weiteren ein neurologisches Konsilium, welches keine zentral-nervöse Störung objektivieren konnte. Ein EEG (Urk. 8/36G) sowie ein MRI des Schädels mit Härmsequenzen (Urk. 8/36E) fielen unauffällig aus. Den Ärzten der Rehaklinik zufolge handelte es sich bei der vom Beschwerdeführer geschilderten Bewusstlosigkeit demnach am ehesten um eine vasovagale Synkope und nicht um eine leichte traumatische Hirnverletzung (Urk. 8/36A S. 4). Im Weiteren konnten Folgen einer oder mehrerer Diskushernien im Thorakalbereich ausgeschlossen werden. Für die angegebene Erektionsstörung fehlte ein Zusammenhang mit einer organischen Störung. Vielmehr hielten die Neurologen dafür, dass es zu einer psychischen Fehlentwicklung gekommen sei, wozu auch die Schlafstörungen, der unsystematische Schwindel und das Kribbeln, insgesamt zahlreiche unspezifische Beschwerden, passten (Urk. 8/36D S. 3).

3.10.3 Aus orthopädischer Sicht ergaben sich neben den (1) posttraumatisch/postoperativen Restbeschwerden am Handgelenk links, (2) ein cervicocephales Syndrom bei diskreten degenerativen Veränderungen C2/3 und C5/6 (MRI vom 30. März 2007), (3) ein thoracovertebrales Syndrom bei Fehlhaltung/Fehlform, Diskushernie Th5/6 ohne neurologische Symptome und kleinen Diskusprotrusionen Th7/8 (mit zusätzlichen Anulusriss) sowie 8/9 ohne foraminale Einengung (MRI vom 30. März 2007; vgl. Urk. 8/87 S. 5) und (4) ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom rechts bei leichten Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 (MRI vom 4. April 2007, vgl. Urk. 8/87 S. 6) ohne neuroforaminale Einengung (Urk. 8/36A S. 4) sowie bei Dysfunktion des Sakroiliakalgelenkes rechts (Urk. 8/36A S. 1).

3.10.4 Zusammenfassend hielten die Ärzte die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als nicht mehr, eine leichte Arbeit jedoch ganztags mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden als zumutbar (Urk. 8/36A S. 2). Aus globaler Sicht sei aktuell jedoch bloss eine halbtägige Beschäftigung möglich. Demgegenüber betrachte sich der Beschwerdeführer, welcher sehr auf seine Schmerzen fixiert sei (Urk. 8/30), als vollständig arbeitsunfähig, weshalb die Durchführung einer beruflichen Abklärung unmöglich gewesen sei (Urk. 8/36A S. 6).

3.11 Unter Nennung der in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/36A S. 1) gestellten Diagnosen nannte Dr. K.\_\_\_\_ mit Bericht vom 9. August 2007 (Urk. 8/43) Restbeschwerden im Handgelenk, Schulterschmerzen links, chronische Rückenschmerzen bei

degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie eine depressive Entwicklung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung und Symptomausweitung. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

3.12 Anlässlich des Gespräches der Beschwerdegegnerin vom 29. August 2007 (Urk. 8/44) mit dem Beschwerdeführer und dessen Arbeitgeber beschrieb der Beschwerdeführer den Unfallhergang wiederum dergestalt, als dass er sich beim Sturz zuerst den Rücken an der Wand angeschlagen habe, dann mit dem Fuss zwischen die Sprossen der Leiter gerutscht und mit der linken Hand voraus auf den Boden gefallen sei.

3.13 Kreisarzt Dr. D. hielt am 8. Januar 2008 (Urk. 8/59) dafür, die Rückenbeschwerden seien nicht mehr als Unfallfolge zu werten. Unfalltypische Läsionen hätten im ganzen Bereich der Wirbelsäule nicht gefunden werden können. Gleichzeitig beständen aber degenerative Veränderungen, welche von der LWS bis zur HWS reichten. Beim erfolgten Sturz aus einem Meter Höhe hätten lediglich Kontusionen - ohne das Hinterlassen typischer traumatischer Läsionen - ausgelöst werden können, die im Regelfall nach wenigen Monaten vollständig abgeheilt seien. Damit sei davon auszugehen, dass der Status quo sine bezüglich der degenerativ vorgeschädigten Wirbelsäule erreicht sei. Eine Einschränkung bei der Zumutbarkeitsbeurteilung sei bezogen auf die Wirbelsäule nicht angebracht, die Notwendigkeit zusätzlicher Pausen von zwei Stunden täglich nicht nachvollziehbar.

3.14 Die Ärzte des E. diagnostizierten mit Bericht vom 9. Januar 2008 (Urk. 8/63) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1).

3.15 Dr. med. L., Fachärztin FMH ORL, diagnostizierte am 17. Januar 2008 (Urk. 8/89 S. 12) Tinnitusbeschwerden links sowie Schwindelbeschwerden bei Status nach Schädeltrauma im Oktober 2006. Sie führte aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Unfallereignisses mit dem Hinterkopf am Boden aufgeschlagen. Die von ihr erhobenen Befunde sprächen für eine durchgemachte Traumatisierung im Hirnstammbereich, welche zu einer Tinnitusproblematik links sowie zu Schwindelbeschwerden geführt habe. Ein organischer Ausfall sei weder reintonaudiometrisch noch elektronystagmographisch festzustellen. Dass es sich aber (dennoch) um Unfallfolgen handle, zeige das unmittelbare Auftreten des Tinnitus nach dem Unfallereignis.

3.16 Ein MRI der LWS vom 7. April 2008 (Urk. 8/66) visualisierte eine leichtgradige Chondrose L1-4 und Osteochondrosen L4-S1 mit Herniation der Bandscheibe L4/5 (leichtgradige zirkuläre Bandscheibenvorwölbungen aber keine fokale Hernie oder Kompression einer neuralen Struktur) sowie leichtgradige, caudal betonte Spondylarthrosen mit degenerativ bedingter leichtgradiger foraminaler Stenose L5/S1 und fraglicher Reizung der austretenden Nervenwurzel L5 beidseits.

3.17 Die Untersuchung am Spital J. vom 15. August 2008 (Urk. 8/100 S. 2-3) ergab keinerlei Hinweise auf eine primär ophthalmologische Problematik der vom Beschwerdeführer geklagten Doppelbilder. Vielmehr sei davon auszugehen, dass es sich um astenoptische Beschwerden im Zusammenhang mit einer eventuellen HWS- oder muskulären Problematik im Halsbereich handle.

3.18. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 21. November 2008 (Urk. 8/102) einen Status nach Sturz von der Leiter am 19. Oktober 2006 mit (wahrscheinlicher) Commotio cerebri und Fraktur der linken Hand mit anhaltenden cervicocephalen Beschwerden sowie eine Sehstörung.

3.19. Für die vom Beschwerdeführer geklagte erektile Dysfunktion liess sich keine neurologische Ursache finden (Bericht vom Spital J.\_\_\_\_, 17. Dezember 2008, Urk. 8/104). Dennoch hielten die Neurologen des Spitals J.\_\_\_\_ einen direkten Zusammenhang zum fraglichen Unfallereignis durch die persistierenden Schmerzen als gegeben.

3.20. Mittels ärztlichem Zeugnis vom 29. Dezember 2008 (Urk. 3/15) schrieb Dr. Z.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe sich beim Sturz vom 19. Oktober 2006 eine distale Radiusfraktur sowie Kontusionen der Wirbelsäule, des Kopfes und der linken Schulter zugezogen.

Mit Schreiben vom 25. März 2009 (Urk. 13/1) bestätigte Dr. Z.\_\_\_\_, dass ihn der Beschwerdeführer erstmals am 24. Oktober 2006 aufgesucht und (unter anderem) über Schmerzen im Bereich der Brust sowie der LWS geklagt habe. Am 20. Dezember 2006 habe er dann seit dem Unfall persistierende Nackenschmerzen erwähnt. Der Beschwerdeführer habe am Hinterkopf Narben, welche durchaus auf den Sturz zurückgeführt werden könnten.

#### E. 4

4.1. Fest steht und ist unbestritten, dass die weitere Behandlung des linken Handgelenkes sowie der linken Schulter nicht Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden (vgl. Urk. 8/84 S. 2, 8/78), weshalb die entsprechenden Berichte bei der Beurteilung der aktuellen Streitfrage von vornherein unberücksichtigt bleiben können. Demgegenüber ist strittig, welche Beschwerden die Beschwerdegegnerin von der Leistungspflicht ausgeschlossen hat (Erw. 1.1, 1.2).

4.2. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2) steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (Erw. 2.2) fest, dass beim fraglichen Unfallereignis ein Kopfanprall stattgefunden hat. So ist fast ausnahmslos davon die Rede, dass sich der Beschwerdeführer den Rücken ansties und anschliessend auf die linke Hand stürzte. Für einen Kopfanprall gibt es keine Hinweise (Erw. 3.1-3.3, 3.9, 3.10.1, 3.12). Gegenüber den erstbehandelnden Ärzten führte der Beschwerdeführer gar ausdrücklich aus, er habe den Kopf nicht angeschlagen (Erw. 3.2). Hatte der Befund am Tag nach dem Unfallereignis am Schädel keine äusseren Verletzungszeichen ergeben und erwies sich der Schädel auf Druck und Beklopfen indolent (Erw. 3.2), so entbehrt die Behauptung, der Beschwerdeführer habe (unfallbedingt) noch immer eine Schwellung am Hinterkopf (Urk. 1 S. 10), jeder Grundlage. Dass Dr. Z.\_\_\_\_ Narben am Hinterkopf beschrieb (Erw. 3.20), vermag nichts daran zu ändern, dass ein Kopfanprall nicht rechtsgenügend belegt ist. Ebenso verhält es sich mit der Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ (Erw. 3.15), welche offensichtlich nicht im Besitz der gesamten Unterlagen war, sondern sich einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers zu stützen schien. Weder gibt es Hinweise für ein Schädeltrauma - im Gegenteil erwiesen sich ein EEG und MRI des Schädels als unauffällig (Erw. 3.10.2) -, noch beklagte der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Ereignis vom 19. Oktober 2006 Tinnitusbeschwerden. Mithin stossen die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers (Erw. 1.2, Urk. 1 S. 10-12, Urk. 12 S. 7-8) ins Leere.

Demgegenüber scheint das Vorfallen einer möglichen vasovagalen Synkope (Erw. 3.10.2) plausibel und nachvollziehbar. Ein Kopfanprall lässt sich aber auch damit nicht belegen.

4.3 Ist es unwahrscheinlich, dass ein Anprall des Kopfes - und damit auch ein Schädeltrauma - unfallbedingt stattgefunden hat, so kann nicht auf die Beurteilung durch Dr. L. \_\_\_ abgestellt werden. Dies umso weniger, als sich ein organischer Ausfall nicht nachweisen liess und der Beschwerdeführer erstmals im Frühjahr 2007 gegenüber den Ärzten der Rehaklinik C. \_\_\_ (Erw. 3.10.1) und nicht - wie Dr. L. \_\_\_ notierte - unmittelbar nach dem Unfall Ohrgeräusche beklagte. Damit hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. D. \_\_\_ (Urk. 8/78) gestützt und einen natürlichen Kausalzusammenhang des geklagten Tinnitus mit dem Unfallereignis vom 19. Oktober 2006 verneint. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin lässt sich für den geklagten Tinnitus demzufolge nicht begründen.

4.4 Auch was die Rückenproblematik des Beschwerdeführers betrifft, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Unfallnah konnte bei diskreten degenerativen Veränderungen an der BWS und leichter skoliotischer Fehlhaltung einzig ein Druck- und Klopfeschmerz über der mittleren BWS erhoben werden, während ossäre Läsionen ebenso wie im Bereich der LWS fehlten. Die HWS zeigte sich frei beweglich (Erw. 3.2). Noch im Februar 2007 war die HWS frei beweglich und waren einzig unbedeutende muskuläre Verspannungen der Nackenmuskulatur zu erheben, wobei Dr. A. \_\_\_ die Fehlhaltung/Fehlform der Wirbelsäule für das panvertebrale Syndrom verantwortlich machte und auf den Verdacht einer Symptomausweitung hinwies (Erw. 3.7). Dass die mittels MRI im Frühjahr festgestellten Diskushernien und -protrusionen (vgl. Erw. 3.10.3) degenerativer Art und damit unfallfremd sind, ist offensichtlich, entspricht es doch einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien beim Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Dies weitestgehendst dann, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich auftreten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2008 i.S. L., 8C\_281/2007, Erw. 5.2.1). Weder kann im erfolgten Sturz ein schweres Ereignis erblickt werden, noch sind unmittelbar nach dem Ereignis Symptome einer Diskushernie aktenkundig. Schliesslich ist auch nicht von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes auszugehen, müsste eine solche doch radioskopisch ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2008 i.S. H., 8C\_17/2007, Erw. 3.2, RKUV 2000, S. 45), woran es vorliegend mangelt. Und endlich ist eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i.S. B., 8C\_684/2007, Erw. 4.4). Auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. D. \_\_\_, der Status quo sine sei spätestens im Januar 2008 erreicht gewesen (Erw. 3.13), ist mithin ohne Weiteres abzustellen. Zu Recht hat denn die Beschwerdegegnerin eine weitere Leistungserbringung infolge Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs (Erw. 2.3) abgelehnt.

Der Vollständigkeit halber sei angeführt, dass auch die vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten Berichte (Urk. 19/1-6) daran nichts zu ändern vermögen, war doch der Anuluss bereits aktenkundig (Erw. 3.10.3; Urk. 8/87 S. 5) und das Unfallereignis - wie ausgeführt - rechtsprechungsgemäss nicht geeignet, eine solche Verletzung herbeizuführen.

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei nicht klar, ob von der Leistungseinstellung die Beschwerden an der ganzen Wirbelsäule umfasst seien oder nicht (Erw. 1.2), betrifft, so ergibt sich aus den Ausführungen von Dr. D. (Erw. 3.13) - worauf sich die Beschwerdegegnerin ausdrücklich bezog - mit ausreichender Klarheit, dass der ganze Bereich der Wirbelsäule erfasst ist. Sollte sich zeigen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Nacken- oder Kopfschmerzen ihre Ursache in den Schulterbeschwerden finden oder psychisch bedingt sind, so wird die Beschwerdegegnerin diese Frage zu gegebener Zeit zu beurteilen haben (vgl. nachfolgend, Erw. 4.5).

4.5 Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen, soweit sie weitere Leistungen gestützt auf die Rückenproblematik beziehungsweise Leistungen in Bezug auf den geklagten Tinnitus des Beschwerdeführers zum Gegenstand hat. Im Übrigen ist, soweit es um die anderen Vorbringen des Beschwerdeführers geht, auf die Beschwerde nicht einzutreten, hat die Beschwerdegegnerin darüber noch gar nicht verurteilt, weshalb es dem Beschwerdeführer diesbezüglich am Rechtsschutzinteresse mangelt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).