

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00158 vom 24. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00158

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00158 du 24 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00158 del 24 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1959, arbeitete seit dem 21. Oktober 2006 als Elektromonteur bei der Y. AG, Z., und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen Unfälle versichert. Am 21. September 2007 erlitt der Versicherte einen Unfall, als er aus etwa einem Meter Höhe von einer Leiter stürzte und sich am Rücken verletzte (Urk. 11/1, Urk. 11/34). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Am 3. Dezember 2007 liess die Arbeitgeberin das temporäre Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 10. Dezember 2007 auf (Urk. 11/18, Urk. 11/34).

1.2. Mit Verfügung vom 7. Januar 2009 (Urk. 11/51) schloss die SUVA den Fall per 31. Januar 2009 ab und stellte die Versicherungsleistungen ein. Die von der Krankenkasse des Versicherten am 22. Januar 2009 hiergegen erhobene vorsorgliche Einsprache (Urk. 11/55) zog diese am 12. Februar 2009 zurück und teilte mit, ab 1. Februar 2009 für die Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) aufzukommen (Urk. 11/60). Die vom Versicherten am 9. Februar 2009 erhobene Einsprache (Urk. 11/58) wies die SUVA mit Entscheid vom 24. März 2009 (Urk. 11/61 = Urk. 2) ab.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 1.2

1.2.1. 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).

1.2.2.2. 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 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 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).

1.3. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

E. 1.4

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

1.4.2. 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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass bezüglich der aktuell noch geklagten Lendenwirbelsäulenbeschwerden des Beschwerdeführers der status quo ante spätestens am 31. Januar 2009 erreicht gewesen sei. In Bezug auf die Blasensymptomatik verneinte sie die natürliche Unfallkausalität von Anfang an. Schliesslich hielt sie fest, dass soweit der Beschwerdeführer zudem allenfalls auch an psychischen Beschwerden leide, zwischen diesen und dem Unfall weder ein natürlicher noch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehe (S. 10 Ziff. 5). Vernehmlassungsweise (Urk. 10) hielt sie an dieser Argumentation fest (S. 9 Ziff. 11, S. 11 Ziff. 12).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, seine Wirbelbeschwerden (S. 2 f. Ziff. 1-2), seine Probleme im Zusammenhang mit der Harnblase (S. 3 Ziff. 3) und auch das in der Folge aufgetretene psychische Leiden (S. 3 Ziff. 4) seien auf das Unfallereignis vom September 2007 zurückzuführen. Mehrere Ärzte würden bestätigen, dass er voll arbeitsunfähig sei. Zudem habe er vor dem Unfallereignis unter keinen der genannten Beschwerden gelitten (S. 3 f. Ziff. 5-7).

2.3 Strittig und zu prägen ist somit, ob die über den 31. Januar 2009 hinaus fortbestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers in rechtsgenügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. September 2007 stehen.

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer machte geltend, unter Lendenwirbelsäulenbeschwerden, Inkontinenz und psychischen Problemen zu leiden.

Betreffend seinen somatischen Gesundheitszustand finden sich im Wesentlichen nachfolgend zitierte medizinische Berichte in den Akten:

3.2 Nach seinem Sturz von der Leiter am 21. September 2007 wurde der Beschwerdeführer noch am gleichen Tag durch Dr. med. A. ____, Allgemeine Medizin FMH, untersucht. In seinem Bericht vom 11. November 2007 (Urk. 11/4) diagnostizierte dieser eine Kontusion der Lendenwirbelsäule und eine Distorsion der Halswirbelsäule (Ziff. 5). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, wobei er zu deren voraussichtlicher Dauer keine Aussage machen konnte (Ziff. 5 und 8).

3.3 Am 5. Oktober 2007 wurde der Beschwerdeführer im Stadtspital B. ____, Institut für Radiologie, untersucht. Gemäss Radiologiebefund vom 8. Oktober 2007 (Urk. 11/3) konnten mittels Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule keine frischen oder älteren Frakturen festgestellt werden. Die Ärzte führten aus, auf Höhe L3/4 habe sich eine leichte mediane Diskusprotrusion ohne foraminale oder spinale Einengung und auf Höhe L4/5 eine beginnende erosive Osteochondrose mit leichter

medianer Diskusprotrusion ohne foraminale oder spinale Einengung gezeigt. Eine Wurzelkompression liege nicht vor (S. 2).

3.4. Dr. C.____, Assistenzarzt, Stadtspital B.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, welcher den Beschwerdeführer am 13. und 27. November 2007 untersucht hatte, nannte mit Bericht vom 28. November 2007 (Urk. 11/11) folgende Diagnosen (S. 1):

- lumbospondylogenes Syndrom rechts
- Sturz von einer Leiter am 21. September 2007
- klinisch mechanische Fascettengelenksüberlastung L4/5 und L5/S1 rechts
- leichte mediane Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 ohne foraminale oder spinale Einengung
- beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 mit leichter medianer Diskusprotrusion ohne foraminale oder spinale Einengung, ohne Wurzelkompression

Er berichtete, nach dem Sturz von der Leiter am 21. September 2007 sei es zu einer Exazerbation eines bereits vorbestehenden lumbospondylogenen Syndroms rechts gekommen. Klinisch fanden sich keine fokale neurologischen Auffälle. Mittels MRI der Lendenwirbelsäule sei keine Wurzelkompression als Ursache der ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen nachweisbar. Am ehesten könnten die lumbal betonten Beschwerden des Beschwerdeführers auf die beginnenden degenerativen Veränderungen im Sinne einer Chondrose auf Höhe L3/4 und L5/S1 beziehungsweise auf eine beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 zurückgeführt werden (S. 2 unten).

Vom 21. September bis 2. Dezember 2007 sei der Beschwerdeführer als voll arbeitsunfähig zu erachten. Ab 3. Dezember 2007 bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfeelektriker (S. 3).

3.5. SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, welcher den Beschwerdeführer am 20. Dezember 2007 untersucht hatte, nannte in seinem Bericht vom gleichen Tag (Urk. 11/8) als Diagnose ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (S. 3 oben). Er führte aus, der Beschwerdeführer klage über persistierende, lumbale Beschwerden, welche teilweise ins rechte Gesäss ausstrahlten. Klinisch fanden sich Hinweise für ein Lumbovertebralsyndrom. Andererseits zeigten sich aber auch Hinweise für eine Schmerzausweitung mit mindestens vier von fünf positiven Waddellpunkten. Die periphere Neurologie sei im grobkursorischen Status unauffällig (S. 3 oben).

Gemäss aktueller Bildgebung fanden sich keine somatisch/strukturellen Läsionen, welche auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten. Somit sei anzunehmen, dass einige Wochen beziehungsweise wenige Monate, aber spätestens sechs Monate nach dem Ereignis die Unfallfolgen vollständig abgeheilt sein sollten. Zum definitiven Ausschluss einer somatisch/strukturellen Läsion sei eine konventionelle Verlaufskontrolle der Lendenwirbelsäule notwendig (S. 3 Mitte).

Rein medizinisch/theoretisch wäre der Beschwerdeführer als Hilfeelektriker mit reduzierter Leistung rein auf die Unfallfolgen bezogen wieder zumindest zu 50 % arbeitsfähig. Aufgrund der Gesamtsituation als Temporärangestellter und den ausgeprägten Beschwerden müsste aber faktisch von einer 100%igen

Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 3 unten).

3.6 Am 12. März 2008 erstatteten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik E., wo der Beschwerdeführer vom 23. Januar bis 5. März 2008 hospitalisiert war, einen Austrittsbericht (Urk. 11/24.1). Als Diagnosen nannten sie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, eine Medikamentenunverträglichkeit gegen Mefenaminsäure (Ponstan) sowie eine Pollakisurie und intermittierend Urininkontinenz unklarer Ätiologie (S. 1 Mitte).

Sie führten aus, am 5. Februar 2008 habe eine Facetteninfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits stattgefunden. Postinterventionell habe während zweier Stunden eine Schmerzlinderung erreicht werden können. Im Anschluss habe der Beschwerdeführer jedoch eine Schmerzausstrahlung bis in die kleine Zehe beklagt (vgl. Urk. 11/24.2-3). Nach einem zweiten Konsilium sei am 19. Februar 2008 eine Periduralanästhesie (PDA) L5/S1 durchgeführt worden. Auch hier habe nach Angaben des Beschwerdeführers eine deutliche (VAS 0), jedoch wiederum nach etwa zwei Stunden transiente Schmerzreduktion erreicht werden können (S. 3 Mitte).

Eine des Weiteren durchgeführte Röntgen-Thorax-Aufnahme habe in Projektion auf den linken Hilus eine unklare Strukturverdichtung gezeigt. Die daraufhin durchgeführte Hilusabklärung (vgl. Bericht vom 12. Februar 2008, Urk. 11/24.6) habe lediglich prominente vaskuläre Strukturen ergeben. Ferner hätten sich nichtpathologisch vergrösserte Lymphknoten mediastinal, bullöse Veränderungen hilusnah rechts sowie eine verplumpte Darstellung der linken Nebenniere gezeigt (S. 2 unten).

Im Verlauf des Aufenthalts habe der Beschwerdeführer zudem unwillkürlichen Urinabgang sowie eine verminderte nicht dermatombezogene Berührungsempfindlichkeit im perianalen Bereich sowie an den Oberschenkeln dorsal (DD S2 bis S4) geklagt. Im MRI der Lendenwirbelsäule (vgl. Bericht vom 26. Februar 2008, Urk. 11/24.5) hätten eine Diskushernie oder allfällige sonstige Neurokompressionen ausgeschlossen werden können. Auch eine neurologische Ursache der Störung habe im Rahmen eines neurologischen Konsiliums nicht gefunden werden können. Die Laborwerte seien unauffällig gewesen, insbesondere liege kein Harnwegsinfekt vor (S. 3 oben).

Die Ärzte hielten schliesslich fest, aufgrund des durch den Unfall vorübergehend verschlechterten Rückenleidens auf Boden der degenerativen Veränderungen sei dem Beschwerdeführer längerfristig die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Hilfelektriker aufgrund des häufigen Arbeitens in vorgeneigter Position mit Zwangshaltungen für die Lendenwirbelsäule nicht zumutbar. Eine (mindestens) leichte bis mittelschwere Arbeit sei ihm - mit gewissen Einschränkungen - indes ganztags zumutbar (S. 2 Mitte, S. 3 unten).

3.7 Am 28. Mai 2008 erstattete Dr. med. F., Assistenzärztin, Universitätsspital G. (G.), Urologische Klinik und Poliklinik, welche den Beschwerdeführer am 20. Mai 2008 urodynamisch untersucht hatte, einen Bericht (Urk. 11/36) und nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- hypersensitive, normokapazitive, instabile Harnblase bei
- chronischer Prostatitis

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Sturz von der Leiter am 21. September 2007 mit Kontusion der Wirbelsäule

- MRI Lendenwirbelsäule Oktober 2007: keine Frakturen, leichte mediane Diskusprotrusion L3/4 ohne foraminale oder spinale Einengung, beginnende erosive Osteochondrose L4/5 mit leicht medianer Diskusprotrusion ohne foraminale oder spinale Einengung

- MRI Lendenwirbelsäule Februar 2008: minime Zeichen eines Status nach Morbus Scheuermann thorakolumbal, erosive Osteochondrose L4/5 mit Spondylose, geringfügige Protusion ohne Neurokompression

- Status nach Facetteninfiltration am 5. Februar 2008 und periduraler Anästhesie am 19. Februar 2008

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei initial von der Rehaklinik E. ___ an die Abteilung für Urologie des Kantonsspitals H. ___ zur Abklärung eines im Februar 2008 neu aufgetretenen progredienten unwillkürlichen Urinverlustes zugewiesen worden. Die Symptomatik sei nach der Facetteninfiltration am 5. Februar 2008 und der Periduralanästhesie am 19. Februar 2008 aufgetreten (S. 1 unten). Dr. F. ___ kam zum Schluss, dass im Zusammenhang mit der lumbospondylogenen Schmerzsymptomatik nach Leitersturz mit Kontusion der Wirbelsäule/Lendenwirbelsäule sowie der verschiedenen Infiltrationen eine neurogene Komponente der Blasenentleerungsstörungen sicher mitursächlich sei (S. 2 unten).

3.8 Ä Ä Ä Ä Nach eigener Untersuchung des Beschwerdeführers am 3. Juni 2008 und nach Einsicht in die Akten nannte SUVA-Kreisarzt Dr. D. ___ mit Bericht vom 3. Juni 2008 (Urk. 11/37) als Diagnose ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (S. 3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Er führte aus, der Beschwerdeführer sei klinisch kaum untersuchbar gewesen. Bereits auf Berührung im Bereich der Lendenwirbelsäule habe er Beschwerden angegeben. Insgesamt habe keine posttraumatische strukturelle Läsion in den radiologischen Untersuchungen nachgewiesen werden können. Der Verlauf entspreche nicht dem natürlichen Verlauf nach Wirbelsäulenkontusionen und Distorsionen. Insgesamt sei es in den letzten Wochen zu einer Verschlimmerung gekommen. Im Normalfall bessere sich die Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen beziehungsweise einigen Monaten. Die Beschwerden des Beschwerdeführers könnten nicht rein somatisch erklärt werden (S. 4 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während der Rehabilitation in E. ___ sei es infolge der Facettengelenksinfiltrationen auch zu einer Miktionsproblematik gekommen. Ebenfalls gebe der Beschwerdeführer Sensibilitätsprobleme im Bereich des rechten Beines an. Diese seien von brennendem Charakter. Zwar habe die neurologische Untersuchung in der Rehaklinik E. ___ keine neurologischen Pathologien ergeben. Da es aber nach den Infiltrationen zu einer Verschlimmerung gekommen sei, sei der Beschwerdeführer zur Klärung der anamnestisch angegebenen brennenden Sensation sowie der klinisch festgestellten Hemihyposensibilität im Bereich des rechten Beines erneut zu einer neurologischen Beurteilung anzumelden. Ebenfalls notwendig sei eine neuro-urologische Beurteilung, wobei sich die Frage stelle, inwiefern Facetten-Gelenksinfiltrationen L4/5 und L5/S1 eine neurogene Blasenentleerungsproblematik verursachen könnten und wenn ja, ob diese Veränderung temporär sei (S. 4 unten).

3.9 Nachdem die Beschwerdegegnerin im Auftrag ihres ärztlichen Dienstes die Uniklinik I. mit Schreiben vom 10. Juni 2008 (Urk. 11/38) um eine neuro-urologische Begutachtung des Beschwerdeführers gebeten hatte, gelangte Dr. med. J. , Uniklinik I., Urologie, am 17. Juli 2008 telefonisch an SUVA-Kreisarzt Dr. D. (Urk. 11/39) und teilte diesem mit, dass seines Erachtens der Bericht von Dr. F. vom 28. Mai 2008 (vgl. Erw. 3.7) mangelhaft sei. Auch könne er nicht nachvollziehen, dass die Lumbago eine Blasenentleerungsstörung auslöse. Er wisse, dass der Beschwerdeführer am 16. Juli 2008 im G. urologisch abgeklärt worden sei und empfehle, die Berichte dort einzuholen. Es scheine ihm sinnlos, dass er nochmals alle Untersuchungen durchführen müsse. Dies sei einerseits unangenehm für den Versicherten, andererseits sei diese Untersuchung mehrere tausend Franken teuer.

3.10 PD Dr. med. K., Oberarzt, Facharzt Neurologie, Uniklinik I., welcher den Beschwerdeführer am 16. Juli 2008 neurologisch und neurophysiologisch untersucht hatte, berichtete am 23. Juli 2008 (Urk. 11/40). Er führte aus, es finde sich ein lumbales Lokalsyndrom ohne fokale neurologische Begleitsymptomatik. Eine neurogene Ursache für die geklagte Blasenproblematik lasse sich anhand der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisen (S. 2 unten).

3.11 Mit Bericht vom 2. Oktober 2008 (Urk. 11/45) führte Dr. F., G., Urologische Klinik und Poliklinik, aus, auf Grund ihrer Untersuchungen und Therapie-Versuche sowie nach Einsicht in den Bericht von Dr. K. (vgl. Erw. 3.10) könne sie nicht sagen, dass ein Zusammenhang mit der Blasenentleerungsstörung und der neurogenen Komponente aufgrund der lumbospondylogenen Symptomatik wirklich definitiv ausgeschlossen sei. Dr. K. habe beschrieben, dass die neurogene Ursache der Blasenproblematik eben nicht nachgewiesen werden könne. Somit könne zum heutigen Zeitpunkt nicht sicher gesagt werden, dass eine neurologische Komponente des Rückens die Blasenentleerungsstörung völlig ausschliesse. Ebenso müsse man bedenken, dass ihre urodynamische Untersuchung (vgl. Erw. 3.7) im Mai 2008 und die neurologische Untersuchung durch Dr. K. Mitte Juli 2008 stattgefunden habe, sodass situativ sicher auch Unterschiede in der Rückenproblematik des Beschwerdeführers stattgefunden haben könnten. Aufgrund ihrer Untersuchung und des erneuten medikamentösen Therapie-Versuches habe sich leider eine persistierende Symptomatik gezeigt, sodass eine Intervention mittels Botox-Injektion durchgeführt werde (S. 1 unten).

3.12 SUVA-Kreisarzt Dr. D. erstattete am 9. Dezember 2008 einen Nachtrag (Urk. 11/50) zu seinem Bericht vom 3. Juni 2008 (vgl. Erw. 3.8). Unter Würdigung der medizinischen Akten hielt er zusammenfassend fest, dass neurologisch keine somatisch-strukturelle Unfallläsion festgestellt werden können. Auch der Urologe der Uniklinik I. (vgl. Erw. 3.9) habe keinen Zusammenhang zwischen der Lumbago und einer Blasenentleerungsstörung erkennen können. Schliesslich relativiere auch Dr. F. in ihrem Bericht vom Oktober 2008 (vgl. Erw. 3.11) den ursprünglich mit Bericht vom Mai 2008 (vgl. Erw. 3.7) erwähnten sicheren Zusammenhang deutlich. Sie erwähne nun unter anderem, dass ein Zusammenhang nicht definitiv ausgeschlossen sei. Aufgrund dieser Tatsache sei die urologische Erkrankung höchstens in einem möglichen kausalen Rahmen zu sehen. Insgesamt habe im Bereich der Lendenwirbelsäule keine somatisch-strukturelle Läsion nachgewiesen werden können.

3.13 Dr. med. L., Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, nannte in seinem Bericht vom 17.

April 2009 (Urk. 3/2) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- panvertebrales Schmerzsyndrom mit Schwerpunkten lumbal und zervikal, mit zusätzlich cephalen Beschwerden bei Status nach Sturz von der Leiter am 21. September 2007
- chronisches lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung rechts bei Status nach Trauma (Sturz von einer Leiter)
- Pollakisurie und intermittierend Urininkontinenz unklarer Ätiologie
- Nikotinabusus

Dr. L. ___ berichtete, seit Ende Februar 2009 sei es zu einer akuten Exacerbation des chronisch rezidivierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit Ausstrahlung ins rechte Bein gekommen. Die in der Folge durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe den Befund von fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen ergeben ohne Reizung beziehungsweise Kompression der absteigenden Nervenwurzeln L5 beidseits und ohne Anhaltspunkte für eine eigentliche neurale Kompression (S. 1 unten). Die akuten Schmerzen sowie der klinische Verdacht auf radikuläre Ausstrahlung rechts mit Hypästhesie in den Dermatomen L5/S1 und Fussheber- und Fussenkerschwäche liessen sich aufgrund der MRI-Untersuchung nicht erklären (S. 2 oben).

Aufgrund der unklaren Situation sei auch eine neurologische Untersuchung durch den Neurologen Dr. M. ___ durchgeführt worden. Dieser führte aus, es hätten sich keine Hinweise für eine beim Unfall vom 21. September 2007 erlittene Nervenläsion gefunden. Die neurologische Durchuntersuchung habe normale Befunde ergeben. Auch die ergänzend durchgeführten EMG-Untersuchungen an den unteren Extremitäten seien unauffällig gewesen. Somit beständen keine Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen und sakralen Wurzel (S. 2 Mitte).

Dr. L. ___ führte schliesslich aus, aufgrund der komplexen Symptomatik mit sehr starken, vor allem belastungsabhängigen Beschwerden, sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zurzeit und bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sei sehr schwierig und müsste in einem Leistungstest genau geprüft werden (S. 2 unten).

E. 4.1

4.1.1 Unmittelbar nach seinem Unfall im September 2007 klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen rechts lumbal (Urk. 11/4 Ziff. 2). Der erstbehandelnde Arzt Dr. A. ___ diagnostizierte eine Kontusion der Lendenwirbelsäule sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule (Erw. 3.3). Mittels einem in der Folge im Oktober 2007 angefertigten MRI der Lendenwirbelsäule (Erw. 3.2) konnten frische oder ältere Frakturen ausgeschlossen werden. Auch eine Wurzelkompression wurde verneint. Hingegen forderte die Bildgebung eine leichte mediane Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 sowie eine beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 mit leichter medianer Diskusprotrusion zutage. Die von Dr. L. ___ in seinem Bericht vom April 2009 (Erw. 3.13) erwähnte MRI-Untersuchung vom März 2009 bestätigte diese Befunde. Die behandelnden Ärzte nannten als Diagnose übereinstimmend ein lumbospondylogenes (Schmerz)syndrom beziehungsweise ein Lumbovertebralsyndrom (Erw. 3.4-3.13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht des Rheumatologen Dr. C. ___ vom November 2007 (Erw. 3.4) litt der Beschwerdeführer bereits vor seinem Unfall an einem lumbospondylogenen Syndrom. Beim Sturz von der Leiter im September 2007 sei es diesbezüglich zu einer Exazerbation gekommen. Die lumbal betonten Beschwerden des Beschwerdeführers führte er am ehesten auf die mittels MRI vom Oktober 2007 festgestellten beginnenden degenerativen Veränderungen im Sinne der Chondrose auf Höhe L3/4 und L5/S1 beziehungsweise auf die beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 zurück. Mit Bericht vom März 2007 (Erw. 3.6) äusserten sich auch die Ärzte der Rehaklinik E. ___ dahingehend, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall im September 2007 an einem auf degenerative Veränderungen zurückzuführenden Rückenleiden gelitten hatte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf diese unbestritten gebliebenen medizinischen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer im Bereich der Lendenwirbelsäule bereits vor dem Unfallereignis ein krankhafter Vorzustand (vgl. Erw. 1.2.2) im Sinne von degenerativen Veränderungen bestand, welcher das Beschwerdebild massgeblich mitbestimmt.

4.1.2 Ä Ä SUVA-Kreisarzt Dr. D. ___ stellte in seinem Bericht vom Dezember 2007 (Erw. 3.5) fest, dass die Bildgebung keine somatisch-strukturellen Läsionen gezeigt habe, welche auf das Unfallereignis vom September 2007 zurückgeführt werden könnten. In Übereinstimmung mit Dr. C. ___, welcher keine fokale neurologischen Auffälle nachweisen konnte (Erw. 3.4), beschrieb auch er die periphere Neurologie im grobkursorischen Status als unauffällig. Dr. D. ___ gelangte zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer die Folgen seines Unfalles vom September 2007 einige Wochen beziehungsweise wenige Monate, jedoch spätestens sechs Monate nach dem Unfall, abgeheilt sein sollten. Mit Bericht vom Juni 2008 (Erw. 3.8) bestätigte er diese Einschätzung und führte aus, die vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden seien nicht rein somatisch erklärbar. Der Verlauf entspreche nicht dem natürlichen Verlauf nach Wirbelsäulenkontusionen und Distorsionen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung durch Dr. D. ___ berücksichtigt die medizinischen Vorakten sowie die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und ist nachvollziehbar begründet, sodass darauf abgestellt werden kann. Zudem wird sie durch den Bericht der Ärzte der Rehaklinik E. ___ (Erw. 3.6) gestützt, denn auch diese gingen davon aus, dass das Unfallereignis vom September 2007 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des bereits vorbestehenden Rückenleidens des Beschwerdeführers führte.

4.1.3 Ä Ä Somit ist festzuhalten, dass die rein unfallbedingten Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich der Lendenwirbelsäule spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis abgeheilt waren, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, dass diesbezüglich im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Januar 2009 der status quo sine erreicht war. Die nach diesem Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich der Lendenwirbelsäule waren nicht mehr unfallsondern ausschliesslich krankheitsbedingt. Diese Beurteilung entspricht denn auch der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach grundsätzlich auf den medizinischen Erfahrungssatz abzustellen ist, dass der organische Zustand des Rückens nach Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate bzw. spätestens nach einem Jahr nach dem Unfall wieder soweit hergestellt ist, wie es

auch dann wÄre, wenn der Unfall nicht stattgefunden hÄtte (Urteil des EidgenÄssischen Versicherungsgerichts i.S. N. vom 29. November 2006, U 207/06, Erw. 2.2).

E. 4.2

4.2.1Ä Ä Die vom BeschwerdefÄhrer geklagten Miktionsprobleme traten gemÄss Aktenlage erstmals wÄhrend seiner Hospitalisation in der Rehaklinik E.____ vom 23. Januar bis 5. MÄrz 2008 (vgl. Erw. 3.6) auf, und zwar offenbar nach einer Facetteninfiltration am 5. und einer PeridualanÄsthesie am 19. Februar 2008 (vgl. Erw. 3.7). Zur Eruiierung der Ursache des unwillkÄrlichen Urinabgangs veranlassten die Ärzte der Rehaklinik E.____ diverse AbklÄrungen, welche die Ätiologie der Beschwerden nicht zu klÄren vermochten. Die Laborwerte zeigten ein unauffÄlliges Bild, allÄllige Neurokompressionen konnten mittels MRI der LendenwirbelsÄule ausgeschlossen werden und auch eine neurologische Ursache der StÄrung konnte nicht gefunden werden (Erw. 3.6). Zur Frage der UnfallkausalitÄt der geklagten Beschwerden Äusserten sich die Ärzte nicht.

4.2.2Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem Dr. F.____ von der Urologischen Klinik des G.____ mit Bericht vom Mai 2008 (Erw. 3.7) ausgefÄhrt hatte, dass im Zusammenhang mit der lumbospondylogenen Schmerzsymptomatik nach Leitersturz mit Kontusion der WirbelsÄule/LendenwirbelsÄule sowie der verschiedenen Infiltrationen eine neurogene Komponente der BlasenentleerungsstÄrungen sicher mitursÄchlich sei, sah sich SUVA-Kreisarzt Dr. D.____ veranlasst, den BeschwerdefÄhrer erneut neurologisch und neuro-urologisch abklÄren zu lassen (vgl. Erw. 3.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der in diesem Zusammenhang angefragte Dr. J.____ sah keinen Zusammenhang zwischen der Lumbago und der BlasenentleerungsstÄrung, befand weitere AbklÄrungen fÄr unnÄtig und empfahl das Einholen von ergÄnzenden AuskÄnften der behandelnden Ärzte (Erw. 3.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Neurologe Dr. K.____, welcher den BeschwerdefÄhrer in der Folge neurologisch und neurophysiologisch untersuchte (Erw. 3.10), konnte eine neurogene Ursache der Blasenproblematik, wie sie Dr. F.____ als mitursÄchlich erachtete, anhand seiner Untersuchungen nicht nachweisen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä WÄhrend die Beurteilung durch Dr. F.____ weder nachvollziehbar begrÄndet noch durch entsprechende neurologische Befunde unterlegt ist, stÄtzt sich die Beurteilung durch Dr. K.____ auf die Ergebnisse seiner umfassenden neurologischen und neurophysiologischen AbklÄrung, berÄcksichtigt die medizinischen Vorakten und ist im Ergebnis Äberzeugend, sodass darauf abgestellt werden kann.

4.2.3Ä Ä Nach Einsicht in den Bericht von Dr. K.____ relativierte Dr. F.____ ihre mit Bericht vom Mai 2008 gemachte Aussage zur UnfallkausalitÄt der Blasenproblematik des BeschwerdefÄhrers und fÄhrte nunmehr aus, dass ein Zusammenhang mit der BlasenentleerungsstÄrung und der neurogenen Komponente aufgrund der lumbospondylogenen Symptomatik nicht wirklich definitiv ausgeschlossen sei. Damit ist aber der kausale Zusammenhang nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der Äberwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan.

4.2.4Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keiner der Ärzte bestÄtigte, dass die Miktionsprobleme des BeschwerdefÄhrers Äberwiegend

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum natürlichen Kausalzusammenhang der psychischen Problematik äusserten sich die Ärzte nicht ausdrücklich.

E. 6.2

6.2.1Ä Ä Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - von der Rechtsprechung folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

6.2.2Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der in der Rechtsprechung beschriebenen Fälle (vergleiche etwa die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.) ist der vorliegende Unfall maximal als einer im mittleren Bereich mit Tendenz gegen leicht zu qualifizieren. Der Beschwerdeführer fiel aus einer Höhe von lediglich etwa einem Meter und er erlitt dabei keine somatisch-strukturellen Verletzungen.

E. 6.3

6.3.1Ä Ä Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U

bundesgerichtliche Kriterium nicht erfüllt, müssen doch die Schmerzen von den körperlichen Verletzungen des Unfalls herrühren, um die Adäquanz der Erkrankung zum Unfall zu begründen.

Für eine ärztliche Fehlbehandlung gibt es ebenso wie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil wurde der Beschwerdeführer von Beginn weg umfassend abgeklärt und stets adäquat behandelt.

Aufgrund der anlässlich des Unfalls im September 2007 erlittenen Kontusion der Lendenwirbelsäule und der Distorsion der Halswirbelsäule attestierte Dr. A. dem Beschwerdeführer am Unfalltag eine volle Arbeitsunfähigkeit von unklarer Dauer (Erw. 3.2). Nachdem Dr. C. den Beschwerdeführer im November 2007 rheumatologisch abgeklärt hatte, erachtete er ihn in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfselektriker bereits ab 3. Dezember 2007 wieder zu 50 % als arbeitsfähig (Erw. 3.4). Vor dem Hintergrund seiner medizinischen Beurteilung, wonach die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers mit Wahrscheinlichkeit auf die feststellbaren degenerativen Veränderungen zurückzuführen seien, erweist sich indes auch die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit als degenerativ und nicht durch den Unfall bedingt. In ihrem Bericht vom März 2008 erachteten die Ärzte der Rehaklinik E. den Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Arbeit als ganztags arbeitsfähig. Die von ihnen auf längere Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Hilfselektriker begründeten auch sie mit den festgestellten degenerativen Veränderungen. Dass der Beschwerdeführer rein unfallbedingt längere Zeit erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war, geht aus den Akten nicht hervor. Somit ist auch dieses Kriterium nicht gegeben.

6.3.3 Damit kann keines der praxisgemässen Kriterien für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs als erfüllt betrachtet werden. Demnach fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom September 2007. Die Beschwerdegegnerin hat somit auch bezüglich der geklagten psychischen Problematik des Beschwerdeführers ihre Leistungspflicht zu Recht verneint.

Abschliessend ist zum Argument des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Unfallereignis im September 2007 unter keinen der heute zu beklagenden Beschwerden gelitten habe, weshalb diese als unfallkausal zu werten seien, festzuhalten, dass es das Eidgenössische Versicherungsgericht in konstanter Rechtsprechung abgelehnt hat, eine Schädigung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht zu erachten, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. Erw. 2b/bb).

Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Milosav Milovanovic
 - Rechtsanwältin Barbara Klett

- 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).

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