

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00329 vom 13. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00329](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00329)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00329 du 13 mai 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00329 del 13 maggio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt das UVG nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) oder einer unfallähnlichen Körpererschädigung (Art. 6 UVG in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

1.2. Als natürlich kausale Ursachen für einen gesundheitlichen Schaden gelten 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. Dabei genügt es, 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 entfele (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).

1.3. Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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, 129 V 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

1.4. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde

ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121). Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen Heilbehandlungs- und die Taggelderleistungen dahin.

§ 24 Abs. 1 UVG Mit der Festsetzung einer Invalidenrente oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung ist eine angemessene Integritätsentschädigung festzulegen, sofern die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat (Art. 24 UVG).

§ 17 Abs. 1 ATSG Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine laufende Invalidenrente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zu einer solchen Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 132 Erw. 3 mit Hinweisen). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung (BGE 130 V 351 Erw. 3.5.2; vgl. auch BGE 134 V 132 f. Erw. 3 mit Hinweis; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2009, 8C\_397/2009, Erw. 3.1).

## 2. § 24 Abs. 1 UVG

2.1 § 24 Abs. 1 UVG Es ist unstrittig, dass die Beschwerdegegnerin für die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 23. November 2005 leistungspflichtig ist. Ebenfalls unstrittig und erwiesen ist, dass die nach dem Unfall vom 23. November 2005 aufgetretenen Schulter- und Armbeschwerden zur Zeit der Begutachtung durch den orthopädischen Chirurgen Dr. D. \_\_\_ im April/Mai 2007 (Gutachten vom 9. Mai 2007, Urk. 9/22) nicht mehr in einem für die Arbeitsfähigkeit relevanten Ausmass bestanden. Weiter ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer fortdauernd an erheblichen unfallbedingten Kreuzbeschwerden mit starker schmerzhafter Einschränkung der LWS-Beweglichkeit bei korrekter Lage der Pedikelschrauben mit aufgerichteten Frakturen LWK 2 und LWK 4 litt/leidet, welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gärtner und Hauswart zu mindestens zwei Dritteln einschränkt(e) (Urk. 9/22 S. 3 und S. 7 ff., Urk. 9/10).

§ 24 Abs. 1 UVG Nicht einig sind sich die Parteien über die unfallversicherungsrechtliche Relevanz und Kausalität der geklagten Beschwerden im linken Bein, und zwar einerseits betreffend die vom Rücken ins ganze linke Bein ausstrahlenden Schmerzen mit Kraftminderung und andererseits betreffend die am 26. Februar 2009 operierte Meniskusproblematik am linken Kniegelenk. Strittig ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob auf die von Dr. D. \_\_\_ im Gutachten vom 9. Mai 2007

attestierter 100%iger Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Tragen und Heben von Gewichten über 5 Kilogramm pro Seite, ohne repetitives Bücken und ohne vornüber geneigte Haltung (Urk. 9/22 S. 8) bis mindestens zum Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen und Heilbehandlungskosten per 31. Juli 2008 respektive der Zusprechung einer Rente von 25 % ab 1. August 2008 (Urk. 9/57 S. 4) und darüber hinaus abgestellt werden kann.

2.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich im Einspracheentscheid auf den Standpunkt, die seit November 2005 bestehenden Beinbeschwerden seien insbesondere auch neurologisch ausreichend abgeklärt und bei der Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_\_\_ berücksichtigt worden. Der Meniskusschaden sei nicht auf den Sturz vom 23. November 2005 zurückzuführen und daher im laufenden Verfahren unbeachtlich (Urk. 2 S. 6 ff.). In der Beschwerdeantwort und in der Duplik führt die Beschwerdeführerin ergänzend aus, es sei nicht erwiesen, dass der Meniskusschaden im linken Bein von einem Sturz stamme und dass die Schwäche des linken Beines unfallkausal sei. Ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe lediglich zwischen dem Unfall vom 23. November 2005 und den LWK2- und LWK4-Frakturen sowie der starken, schmerzhaften Einschränkung der LWS-Beweglichkeit. Insbesondere könnten die elektrisierenden (ins linke Bein einschliessenden) Schmerzen keinem neurologischen Befund zugeordnet werden und es habe von den Ärzten nicht festgestellt werden können, dass sie eine Folge der Stabilisierung der Wirbelfrakturen seien, zumal schon vor dem Unfall degenerative Veränderungen bestanden hätten (Urk. 8 S. 4 ff., Urk. 19 S. 3 ff.).

2.3. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Beschwerdeführerin habe die Leistungen gestützt auf unvollständige Ermittlungen des Sachverhaltes festgelegt und auf nicht aktuelle Berichte abgestellt. Im Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2007 seien ausschliesslich die schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule berücksichtigt worden. Die ischialgieformen Schmerzen im linken Bein hätten sich seit dem Sommer 2008 verstärkt. Als Folge der beim Unfall erlittenen LWK-Frakturen und der Fixation der Brüche mit Schrauben bei L1, L3 und L5 hätten sich eine Spondylarthrose und eine Einengung der Neuroforamina L5/S1 samt Vorwölbung der Bandscheibe mit konsekutivem Druck auf die Nervenwurzel entwickelt. Er verliere bei den mehrmals pro Woche einschliessenden Schmerzen beginnend in der durch den Unfall vom 23. November 2005 neurologisch geschädigten LWS-Region über die linke Glutealregion in Richtung linkes Knie die Kraft und Stärke auf. Einer der vielen Stürze habe zu einem Meniskusriss links geführt, der operiert werden müsse. Es seien daher der Grad der Arbeitsfähigkeit, der Umfang der zumutbaren Arbeitsverrichtungen und der leidensbedingte Abzug neu unter Einbezug der objektivierten neurologischen Befunde festzusetzen (Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 14 S. 2 ff.).

### 3. Die Beschwerde

3.1. Nach der derzeitigen Aktenlage kann mit dem Beschwerdeführer nicht ausgeschlossen werden, dass die Gesundheitsschäden im Verlauf von mehr als zwei Jahren seit der Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_\_\_ im Mai 2007 (Urk. 9/22) bis zum Erlass des angefochtenen Entscheides vom 6. August 2009, der rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 220 Erw. 3.1.1), unfallbedingt derart zugenommen haben, dass eine weitere relevante Einbusse der Arbeitsfähigkeit - sei es in zeitlicher Hinsicht sei es in Bezug auf das Anforderungsprofil - zu berücksichtigen wäre, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

3.2. Gemäss dem Austrittsbericht der A. \_\_\_ vom 24. Februar 2006 hatte beim Beschwerdeführer bei Eintritt in den stationären Aufenthalt vom 7. Dezember 2005 bis 7. Februar 2006 eine Iliopsoas-Schwäche beidseits rechtsbetont vorgelegen, die beim Austritt gut auftrainiert war. Insbesondere Schmerzen im linken Bein respektive mit Ausstrahlung ins linke Bein hatten keine bestanden (Urk. 9/6.1 S. 2, Urk. 9/6.2 S. 2). Der Beschwerdeführer hatte anlässlich des neurologischen Konsiliums in der A. \_\_\_ Anfang Januar 2006 lediglich von anfänglichen zum Teil plötzlichen einschiessenden stichartigen Schmerzen im Bereich beider Leisten mit Kraftverlust im Bein berichtet, die jedoch (schon damals) nicht mehr vorhanden waren (Urk. 9/6.2 S. 1). Einschiessende, blitzartige Schmerzen vor allem im linken Bein wurden erstmals im Bericht des Z. \_\_\_ Spitals vom 16. November 2006 erwähnt, wo von bisher dreimaligem Auftreten solcher Beschwerden die Rede war. Weitere Beschwerden an den Beinen oder Knien wurden nicht genannt (Urk. 9/10 S. 1). Dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 9. Mai 2007 ist bezüglich der einschiessenden Beinbeschwerden einzig unter dem Titel Anamnese zu entnehmen, der Beschwerdeführer klagt über Stechen im Bereich der Flanke mit gelegentlich einschiessendem "Blitz" in beide Oberschenkel ventral, links mehr als rechts (Urk. 9/22 S. 3). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liess Dr. D. \_\_\_ diese Beschwerden gänzlich unerwähnt und verwies lediglich auf die belastungsabhängigen Kreuzschmerzen mit stark eingeschränkter Bückfähigkeit respektive Beweglichkeit der LWS (Urk. 9/22 S. 7 f.). Die Beinbeschwerden standen somit nicht im Vordergrund. In Bezug auf die Knie wurden im Gutachten nirgends Beschwerden vermerkt und lediglich folgender insbesondere bezüglich des linken Knies unauffälliger Befund aufgeführt: Status nach Meniskusoperation rechts 1993 mit sehr gutem Resultat, Narben nicht mehr sichtbar, Kniekonturen und Umfang symmetrisch, Beweglichkeit Flexion/Extension 140-0-0 beidseits, Achse beidseits leicht in Varus (O-Bein), rechts mehr als links, Stabilität in jeder Beziehung ausreichend beidseits, kein vorderer Kniekompartimentsschmerz beidseits, deutliche Varicosis (Krampfadern), rechts mehr als links (Urk. 9/22 S. 5 f.). Die neurologischen Abklärungen in der Zeit bis zum Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 9. Mai 2007 hatten sich ausserdem hauptsächlich auf die oberen Extremitäten und den Nacken-/Schulterbereich bezogen (Neurologisches Konsilium vom 6. Januar 2006 mit der Fragestellung nach einer cervicalen Myelopathie, Bericht der Rehaklinik A. \_\_\_ vom 9. Januar 2006, Urk. 9/6.2; Bericht von Dr. R. \_\_\_ vom 13. April 2006, Urk. 9/8). Die Beschwerden am linken Bein waren bis zur Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_ somit kaum vorhanden und jedenfalls von untergeordneter Bedeutung für die Arbeits(un)fähigkeit.

3.3. Eine ärztliche Dokumentation der Beschwerden seit dem orthopädischen Gutachten von Mai 2007 bis Ende 2008 fehlt. Mit dem Bericht der Chirurgischen Klinik des Z. \_\_\_ Spitals vom 26. Februar 2009 ist schliesslich ausgewiesen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintrat. Und zwar waren danach die ischialgiformen Schmerzen im linken Bein bei Status nach dorsaler Stabilisierung der LWS (aufgrund Berstungsspaltbrüchen im Jahr 2005) seit einem halben Jahr - mithin rund 16 Monate nach der Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_ respektive seit zirka August 2008 - stärker geworden. Der elektrisierende Schmerz beginne in der LWS-Region und laufe über die linke Glutealregion in Richtung linkes Knie. Daraufhin stelle sich ein Kraftverlust im linken Bein ein, der zu einem Sturz zu Boden führe. Dies würde sich zirka vier mal pro Woche ereignen (Urk. 9/60 S. 1). Auch im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_, Oberarzt der Abteilung für Neurologie des Z. \_\_\_ Spitals, vom 3. März 2009, der den

Beschwerdeführer klinisch neurologisch untersucht hatte, wurde festgehalten, laut dem Beschwerdeführer seien zirka einmal pro Monat elektrisierende Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das linke Bein aufgetreten, wobei es zu einem Kraftverlust im linken Bein und zu Stürzen gekommen sei. Die Häufigkeit dieser einschliessenden Schmerzen habe sich in den letzten Monaten erhöht und variere von dreimal pro Woche bis zweimal pro Monat (Urk. 3/7 S. 1).

In Bezug auf das linke Knie stellte sich ebenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ ein. Die Beschwerden am linken Knie, welche am 25. Februar 2009 aufgrund der arthroskopisch gestellten Operationsdiagnosen einer medialen Meniskushinterhornläsion links, einer Läsion des lateralen Meniskus-Vorderhorns und eines Knorpelschadens tibial Grad IV in der Belastungszone ein Knorpeldebridement lateral-tibial links, eine partielle Meniskushinterhornresektion medial sowie eine Vorderhornresektion lateral nötig machten, begannen laut den Berichten des Z. \_\_\_ Spitals vom 26. Februar 2009 (Chirurgische Klinik, Urk. 9/60) und vom 3. März 2009 (Abteilung für Neurologie, Urk. 3/7) vor zirka zwei Jahren. Auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ kann folglich nicht abschliessend abgestellt werden.

### 3.3.3

3.3.1 Ob die neu aufgetretenen respektive verschlimmerten Beinbeschwerden links mindestens teilweise in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 23. November 2005 stehen respektive ob die Kniearthrose links mindestens teilweise von einem allfälligen neuen Unfall, nämlich von einem Sturz oder mehreren Stürzen auf das linke Knie in der Zeit zwischen April 2007 und Februar 2009 stammt, für den ebenfalls die Beschwerdegegnerin einzustehen hätte, kann gestützt auf die vorliegende Aktenlage aus den nachfolgend genannten Gründen nicht beurteilt werden.

3.3.2 Dr. D. \_\_\_ hatte im Gutachten vom 9. Mai 2007 erklärt, die subjektiven Beschwerden könnten mangelhaft objektiviert werden und sämtliche geklagten Beschwerden könnten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einem objektivierbaren organischen Substrat zugeordnet werden (Urk. 9/22 S. 9). Ob er damit auch die schon damals geklagten einschliessenden Beinbeschwerden gemeint hatte, ist fraglich, nachdem er bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzig die LWS-Beschwerden erwähnt hatte und die Beinschmerzen damals noch nicht im Vordergrund gestanden hatten. Dr. D. \_\_\_ hatte nicht explizit ausgeführt, mit welchem organischen Substrat das Stechen und die einschliessenden Blitze im Einzelnen in Verbindung standen und ob sie überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal zu betrachten seien. Es ist allerdings nicht auszuschliessen, dass er die als einziges organisches Substrat erwähnte unfallbedingte LWS-Schädigung als ursächlich erachtete.

Die allein klinische neurologische Untersuchung durch den Oberarzt Dr. K. \_\_\_ vom Z. \_\_\_ Spital am 3. März 2009, mithin kurz nach der Knieoperation links vom 26. Februar 2009 (Urk. 9/59), ergab für die geklagten nunmehr häufiger und verstärkt vorkommenden elektrisierenden Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das linke Bein und mit Kraftverlust kein klinisches Korrelat, insbesondere keine Hinweise auf ein radikulares Syndrom oder eine Spinalkanalstenose. Auch anamnestisch erachtete Dr. K. \_\_\_ eine Spinalkanalstenose respektive eine Claudatio spinalis als eher

unwahrscheinlich. Ein Wurzelreizsyndrom bei eventuellen degenerativen Veränderungen der LWS als Ursache für die einschliessenden Schmerzen sei hingegen denkbar. Ob eventuell radiologische Kontrollen bei Status nach dorsaler Stabilisierung der LWS erforderlich seien, überliess Dr. K. dem behandelnden Chirurgen Prof. Dr. F. (Urk. 3/7). Auch mit diesem Bericht kann nicht ausgeschlossen werden, dass die unfallbedingte LWS-Schädigung und -Versteifung zu degenerativen LWS-Veränderungen führte, welche für die einschliessenden Beinbeschwerden links verantwortlich sein könnten.

Am 21. September und am 12. Oktober 2009 untersuchte der Neurologe Dr. G. den Beschwerdeführer klinisch, mittels Elektroneurographie und mittels einer Elektromyographie. Ausserdem liess er das Upright-MRI der LWS vom 28. September 2009 (Bericht vom 1. Oktober 2009, Urk. 15/3) erstellen. Klinisch stellte Dr. G. Zeichen eines Lumbovertebralsyndroms mit einem paravertebralen Muskelhartspann beidseits, jedoch ebenfalls keine Hinweise für das Bestehen einer sensomotorischen radikulären Ausfallsymptomatik fest. Es hätten sich auch weder anamnestisch noch klinisch Hinweise für eine allfällige Claudatio spinalis Symptomatik ergeben. Nebenbefundlich könne einzig eine leichte Polyneuropathie beschrieben werden, wobei der entsprechende elektroneurographische Befund noch weitgehend im Normbereich liege. Elektromyographisch habe er allerdings diskrete Hinweise für einen leichten chronischen Denervationsprozess in den Myotomen L5 und S1 links feststellen können. Die rechte Seite sei nicht untersucht worden sei. Zur ergänzenden Diagnostik habe er ein Upright-MRI der LWS durchgeführt. Hier habe sich auf der Höhe L5/S1 eine Spondylarthrose mit Einengung der Neuroforamina und auch eine mögliche Kompression der Wurzel L5 und S1 gezeigt, jedoch im Gegensatz zur linksbetonten Klinik eher rechtsbetont (Bericht vom 19. Oktober 2009, Urk. 20/1 S. 2 f.). Dem entsprechenden Bericht des L. vom 1. Oktober 2009 ist detaillierter zu entnehmen, dass das Upright-MRI als Hauptbefund eine Spondylarthrose L5/S1 mit hochgradiger Einengung der Neuroforamina und Kompression der Nervenwurzeln L5 rechts mehr als links und zusätzlich eine rechts mediolaterale Diskushernie im letztgenannten Segment und eine dadurch bedingte Bedrückung der Nervenwurzel S1 rechts sowie als Nebenbefund eine Spondylose sowie eine Diskusdegeneration Th11/12 ergeben hatte (Urk. 15/3 S. 1). Zwar führte Dr. G. in seinem Bericht vom 19. Oktober 2009 dazu aus, die Befunde der Upright-MRI-Untersuchung seien bekannterweise nur mit Vorsicht zu interpretieren und würden seines Erachtens ausserdem die einschliessende Schmerzproblematik im linken Bein nur bedingt erklären (Urk. 20/1 S. 3). Auch weist die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin (Urk. 19 S. 5), dass die Methode eines Upright-MRI rechtsprechungsgemäss als nicht geeignet erachtet wird, die unfallversicherungsrechtlich geforderte Kausalität zwischen damit erhobenen Befunden und einem Unfallereignis (allerdings in den einschlägigen, nachfolgend genannten Bundesgerichtsentscheiden betreffend Befunde nach Schleudertrauma und äquivalenten Verletzungen) zu beweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2009 in Sachen W., 8C\_238/2009, Erw. 3.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 231).

Jedoch ist andererseits zu beachten, dass der behandelnde Chirurg Prof. Dr. F., Chefarzt der Unfallchirurgie des Z. Spitals, im Bericht vom 22. Januar 2010 zum Schluss kam, dass sicher ein Teil der Beschwerden durch die Stabilisierung L1 bis L5 mitverursacht worden sei. Die Einschränkung der Neuroforamina L5/S1 rechts habe

bereits vor dem Unfall degenerativ vorgelegen, was der Vergleich der Computertomographie (CT) der LWS vom 28. mit jener vom 23. November 2005 ergebe. Die genannte mediolaterale Diskushernie sei (dagegen) mit  $\frac{1}{4}$ berwiegender Wahrscheinlichkeit durch die unphysiologische Beweglichkeit im Bereich der (verschraubten) LWS bedingt (Urk. 15/5.1). Auch der Orthopäde Dr. H. \_\_\_ stellte sich gemäss dem Bericht vom 8. Februar 2010 auf den Standpunkt, die mechanische Einwirkung der Langstreckenspondylodese von L1-L5 auf das letzte verbleibende Bewegungssegment L5/S1 sei eine wesentliche Ursache für die schwere Segmentdegeneration und dann auch für die Radikulopathie. Er stützte sich dabei auf Röntgenbilder der LWS, welche eine extreme Segmentdegeneration L5/S1 mit foraminale Einengung L5/S1 beidseits und eine Diskusprotrusion L5/S1 zeigen würden. Es handle sich hier um eine ständige S1-Radikulopathie links, wobei die Höhenlokalisation (der Beschwerden) nicht für die foraminale Einengung sondern eher für eine bewegungs- und belastungsabhängige Protrusion im Bereich der Bandscheibe L5/S1 spreche, welche die Wurzel L1 komprimieren könne. Es gebe hier (für) verschiedene weitere Abklärungsmöglichkeiten. Man könnte eine foraminale Infiltration L5/S1 links durchführen mit der Idee, den Schmerz zu lokalisieren. Eine zweite Möglichkeit wäre die Entfernung des Osteosynthesematerials L1-L5 mit späterer neuer MRI-Untersuchung. Alternativ dazu könnte man jetzt auch eine lumbale Funktionsmyelographie und Myelo-CT machen, um die belastungs- und bewegungsabhängigen Radikulopathien S1 links mit objektiven Befunden korrelieren zu können. Dr. H. \_\_\_ bemerkte ausserdem, er halte die verschiedenen neurologischen Beurteilungen nicht unbedingt für stichhaltig. Weiter stellte er im Wesentlichen die Diagnosen einer lumboradikulären Reizung S1 links, einer schweren Segmentdegeneration L5/S1 und eines Verdachts auf intermittierende Diskusprotrusion L5/S1 mit Wurzelirritation S1 links (Urk. 24/2 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist zumindest die Diskushernie L5/S1 nicht nur mittels Upright-MRI, sondern auch mittels herkömmlicher Röntgenaufnahme belegt, wobei es zu bedenken gilt, dass - soweit aktenkundig - andere bildgebende Beweise, etwa ein (herkömmliches) MRI oder CT für Degenerationen und Schädigungen respektive Wurzelirritationen an der unteren Wirbelsäule seit dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ im Frühjahr 2007 (noch) nicht durchgeführt wurden und auch ein Upright-MRI für das Vorliegen von Knochen- und Knorpelschäden durchaus beweistauglich sein kann. Auch die von Dr. H. \_\_\_ empfohlene foraminale Infiltration L5/S1 links könnte zur Objektivierung der einschliessenden Beinbeschwerden in Betracht fallen. Bisher ist gestützt auf die Berichte von Prof. Dr. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ erwiesen, dass ein Teil der Degeneration respektive Schädigung bei L5/S1 durch die nach dem Unfall vom 23. November 2005 durchgeführte Versteifung der LWS verursacht wurde. Denn es besteht insofern kein Grund, an den fachärztlichen Einschätzungen von Prof. Dr. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ zu zweifeln. Auch wenn eine unfallbedingte radikuläre Beteiligung als (Teil-)Ursache für die einschliessenden Beinschmerzen links aus neurologischer Sicht nur bedingt als möglich erachtet wurde und eine solche auch von Prof. Dr. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ bei bisheriger Beweislage nur vermutet werden konnte, kann damit nicht bereits ausgeschlossen werden, dass die Wirbelsäulenschädigungen und insbesondere die Folgeschäden bei L5/S1 oder allenfalls auch direkt die unfallbedingte Schädigung an der LWS mit  $\frac{1}{4}$ berwiegender Wahrscheinlichkeit für die einschliessenden Beinbeschwerden mit Kraftverlust links (mit-)verantwortlich sind und sich diese

zusätzlich zu den LWS-Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, zumal die Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers von keinem der Ärzte angezweifelt wurden.

^ ^ ^ ^ ^ ^ Zusammenfassend ist eine unfallbedingte radikale Verursachung oder Beteiligung der einschliessenden Beschwerden am linken Bein zwar nicht erwiesen, kann jedoch auch nicht hinreichend ausgeschlossen werden. Es bedarf einer interdisziplinären fachärztlichen Einschätzung dazu, ob und welche weiteren Abklärungen zur Objektivierung einer Wurzelirritation respektive der natürlichen Kausalität sinnvoll sind. Gegebenenfalls sind diese durchzuführen. Aber auch wenn eine Wurzelirritation etwa durch die Diskushernie L5/S1 nicht objektiviert werden konnte, schliesst dies nach der derzeitigen Aktenlage eine ärztlich bestatigte natürliche Kausalität zwischen der unfallbedingten LWS-Schädigung und den einschliessenden Beinbeschwerden links nicht aus. In diesem Fall müsste jedoch fachärztlich ergänzend zu den Stellungnahmen von Prof. Dr. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ für einen medizinischen Laien nachvollziehbar erklärt werden, dass und wie die geklagten Beinbeschwerden durch die unfallbedingte LWS-Schädigung und -Versteifung L1-L5 gegebenenfalls auch ohne radikale Beteiligung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht werden. Es ist eine eindeutige Aussage zur Kausalität erforderlich.

3.3.3 ^ Auch bezüglich der Kniebeschwerden links bedarf es weiterer Abklärungen. Denn es ist nicht abschliessend geklärt, welche Ursache die Kniegelenksschädigung links hatte und ob sie mindestens teilweise auch auf einen Unfall zurückzuführen ist. Der Beschwerdeführer wurde dazu nie befragt und auch den medizinischen Berichten ist dazu keine eindeutige Aussage zu entnehmen.

^ ^ ^ ^ ^ Gemäss dem Operationsbericht vom 27. Februar 2009 (Operation vom 25. Februar 2009) fanden sich im linken Kniegelenk eine Läsion im medialen Meniskushinterhorn links in Form eines kleinen Komplexrisses bei völlig erhaltenem Restmeniskus und im lateralen Kompartiment ein völlig zermantschter Meniskus im Bereich des Vorderhorns sowie ein Knorpelschaden tibial Grad IV in der Belastungszone (Urk. 9/59). Aufgrund dieses Befundes kann ohne weitere medizinische Erklärung dazu nicht ausgeschlossen werden, dass er typische Folge eines Sturzes (oder mehrerer Stürze) darstellt. Dies zeigt sich gerade auch im Vergleich zum Befund am rechten Kniegelenk, welches am 24. November 2009 operiert wurde (Knie-Arthroskopie rechts) und wo die Diagnose einer schweren medial betonten Gonarthrose rechts auf eine degenerative Schädigung hindeutet (Operationsbericht vom 8. Dezember 2009, Urk. 20/2). Entsprechend ist auch dem Kurzbericht des Z. \_\_\_ Spitals vom 24. November 2009, wo der Beschwerdeführer wegen der Operation am rechten Knie vom 24. bis 25. November 2009 hospitalisiert war, zu entnehmen, dass gemäss dem MRI vom April 2009 eine degenerative Läsion des medialen Meniskus in der Pars intermedia und im Hinterhorn sowie eine schwere medial betonte Femortibialgelenksarthrose mit bis auf den Knochen reichender Knorpelverschmälerung im medialen femorotibialen Kompartiment diagnostiziert worden sei (Urk. 20/3 S. 1). Dagegen war im Kurzbericht des Z. \_\_\_ Spitals vom 26. Februar 2009 (Hospitalisation vom 24. bis 29. Februar 2009 hinsichtlich der Operation des linken Knies vom 25. Februar 2009, Urk. 9/59) keine degenerative Läsion oder eine arthrotisch bedingte Gelenksveränderung erwähnt worden (Urk. 9/60).

Die handschriftliche Notiz "gestolpert + Knie angeschlagen Meniskus" auf dem ärztlichen Zeugnis des Z. \_\_\_ Spitals vom 26. Februar 2009 zuhanden der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, dessen Verfasser wegen der ähnlichen Handschrift (vgl. etwa die Schreiben in Urk. 9/67) möglicherweise die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers war, genügt als Beweis für die Ursache der Knieschädigung links nicht. Es ist daher abzuklären, ob die Knieschädigung links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge eines Sturzes oder mehrerer Stürze ist. Falls dies zu bejahen wäre, wäre diese in die fachärztliche Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der chronologischen Entwicklung seit dem Unfall vom 23. November 2005 einzubeziehen.

Mangels geklärt medizinischer Sachlage und Kausalität der Beinbeschwerden links kann auch der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. August 2009 ist aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

Der Antrag der Beschwerdegegnerin vom 30. Dezember 2010 auf Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss einer durch sie in Auftrag gegebenen medizinischen Begutachtung (Urk. 30) ist abzuweisen. Denn die Beschwerdegegnerin begründete den Sistierungsantrag mit einer allfälligen Rentenrevision aufgrund einer allfälligen gesundheitlichen Verschlechterung gestützt auf die Berichte von Dr. I. \_\_\_ vom 13. Oktober und 13. Dezember 2010 (Urk. 31/1-2), welche indes nichts zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers über den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. August 2009 (Urk. 2) aussagen.

Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss eine Parteientschädigung zu. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und hier auf Fr. 2'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

Der Antrag der Beschwerdegegnerin vom 30. Dezember 2010 auf Sistierung des Verfahrens wird abgewiesen.

und erkennt sodann:

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. August 2009 aufgehoben und die Sache an die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfähre.

Das Verfahren ist kostenlos.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit

5. 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.