

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00038 vom 20. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00038](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00038)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00038 du 20 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00038 del 20 giugno 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, es sei auf das zuletzt eingeholte, von den Ärzten der Gutachterstelle Z. für interdisziplinäre Begutachtungen (N.) am 2. September 2009 erstattete Gutachten abzustellen, womit medizinisch erstellt sei, dass der Sturz vom 12. Mai 2003 bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des bislang stummen Vorzustandes geführt habe und der Status quo sine ein Jahr später mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht gewesen sei (Urk. 2 S. 11 ff. Ziff. 9a und 9e).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde auf den Standpunkt, abzustellen sei auf das am 17. Oktober 2006 von den Ärzten der Klinik A. erstattete Gutachten, wonach die Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 12. Mai 2003 sei (S. 6) und folgende - einzeln genannte - ärztliche Feststellungen denen gemäss kein Vorzustand zu berücksichtigen sei (S. 9 f.).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, auf welche ärztliche Beurteilung abzustellen ist und wie es sich mit dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. Mai 2003 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Ende Mai 2004) noch vorhandenen Beschwerden verhält.

### E. 3

3.1 Gemäss Arztbericht vom 8. Juli 2003 der Chirurgischen Klinik des Stadtspitals Waid (Urk. 12/17) fand dort am 14. Mai 2003 die Erstbehandlung statt (Ziff. 1), nachdem der Beschwerdeführer am 12. Mai 2005 über 5 Treppenstufen gestürzt war (Ziff. 2a). Als Diagnose wurde ein Verdacht auf Diskushernie S1 sowie eine Rückenkontusion genannt (Ziff. 2c).

Dr. med. C., Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, berichtete am 27. Mai 2003 (Urk. 12/7) und nannte als Behandlungsbeginn den 19. Mai 2003 (Ziff. 1). Der Beschwerdeführer sei am 12. Mai 2003 als Nachtportier eine Treppe hinuntergestürzt und leide seither an einer Ischialgie links mit Hyperästhesie (richtig: Hypästhesie oder aber Hyperästhesie) im Bereich der rechten Grosszehe (Ziff. 2). Als Diagnose nannte Dr. C. ein posttraumatisches lumboradikulares Syndrom L5 links (Ziff. 5).

Ein am 6. Juni 2003 erstelltes MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) ergab mässiggradige Osteochondrosen L4/5 und L5/S1, eine leichte zirkuläre Ausweitung der Bandscheibe L4/5 mit angedeuteter fokaler Ausweitung links foraminär, keine kritische Einengung der linken Foramina intervertebralia und höchstwahrscheinlich

auch keine Reizung der linken L5-Wurzel am Recessuseingang (Urk. 12/8).

3.2. Dr. med. D. \_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, berichtete am 18. Juli 2003 über seine Untersuchung vom Vortag (Urk. 12/24). Als Arbeitsdiagnose nannte er einen Status nach Sturz über die Treppe ohne Fremdeinfluss vom 12. Mai 2003 mit restierender gestörter Sensibilität wie auch Fuss- und Grosszehenheberschwäche links sowie einen grossen Verdacht bei reduzierten Schmerzen auf eine Dauerschädigung der L5-Wurzel (S. 2 unten).

Am 11. August 2003 berichtete Dr. D. \_\_\_\_, klinisch sei der Beschwerdeführer schmerzfrei, doch hinke er wegen der gestörten Sensibilität im linken Bein (Urk. 12/27).

In seinem Bericht vom 17. November 2003 (Urk. 12/45) führte Dr. D. \_\_\_\_, schon im Juli und August 2003 und auch heute sei er der Meinung, durch den Sturz sei es zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines pathologischen Vorzustandes gekommen. Die regrediente morphologische Schmerz-Situation sei aber rein diskussionsmässig spätestens per Ende 2003 nicht mehr mit dem Grade der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem zitierten Ereignis anzulasten (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe sich offenbar an den Defektzustand soweit gewöhnt, dass er sicher leichtere Arbeit zu 50 % aufnehmen könnte (S. 2). Sodann berichtete er, der von ihm konsultierte Dr. E. \_\_\_\_, habe die vorhandenen MR-Bilder neu befundet (S. 2 unten) und sehe eine kleine Diskushernie im Segment L4/5, was der Klinik entspreche (S. 3 oben). Weil der Beschwerdeführer vor dem Unfall glaubhaft beschwerdefrei gewesen sei, müsste Dr. E. \_\_\_\_, wenigstens noch heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Kausalität bejahen (S. 3 Mitte).

3.3. Ein am 5. Dezember 2003 angefertigtes MR der LWS ergab eine diskrete, beginnende Bandscheibendegeneration L4/5 sowie keinen Nachweis einer Neuro-kompression, einer relevanten Spinalkanalstenose oder Foraminalstenose (Urk. 12/49).

Am 11. Dezember 2003 berichtete Dr. med. F. \_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, über seine gleichen Tages erfolgte Untersuchung (Urk. 12/52). Als Diagnose nannte er ein lumbo-radikulares Syndrom der sensiblen Wurzel L5 links (S. 1 Mitte). Die - vorher beschriebenen - Beschwerden gingen zurück auf eine Irritation der sensiblen Wurzel L5 links. Diese habe zwischenzeitlich auch zu einer sensiblen, nicht aber sicher zu einer motorischen Wurzelschädigung geführt. Ursächlich sei ein vertebrales mechanisches Moment anzunehmen, das traumatisch ausgelöst worden sei. In der bildgebenden Darstellung vom 6. Juni 2003 habe sich eine leichte zirkuläre Ausweitung der Bandscheibe L4/5 mit angedeuteter Einengung des linken Foramens gezeigt. Empfohlen werde eine gezielte Lokalinfiltration des Foramens L4/5 links (S. 2).

In der Folge wurden Infiltrationen vorgenommen, am 2. April 2004 rechts (Urk. 12/64) sowie links am 3. August 2004 (Urk. 12/78) und am 20. April 2005 (Urk. 12/86).

3.4. Am 17. Oktober 2006 erstattete Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, leitender Arzt / stellvertretender Chefarzt, Klinik A. \_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/120/1). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten und Röntgenbilder (Urk. 12/120/2 S. 6 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers

(S. 2 f.), seine klinisch-neurologische Untersuchung vom 15. Mai 2006 (S. 4), ein am 28. März 2006 von Dr. med. H. \_\_\_\_, Chefarzt, erstattetes rheumatologisches Teilgutachten (Urk. 12/120/2), eine am 25./26. Januar 2006 erfolgte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 12/120/3) und einen am 24. Januar 2006 erhobenen Röntgenbefund (Urk. 12/120/4).

Als Beurteilung hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe bei einem Treppensturz am 12. Mai 2003 eine Distorsion und Kontusion der LSW erlitten. Dabei sei es wahrscheinlich zu einer diskogenen Läsion mit Auslösen eines lumboradikulären Syndroms L5 links gekommen (S. 5 unten). Die MRI-Bilder von 2003 und die neurologische Untersuchung im Dezember 2003 hätten keine sicheren Hinweise auf eine radikuläre Läsion ergeben, wobei jedoch bereits damals ein radikuläres Irritationssyndrom postuliert worden sei (S. 5 f.).

Im funktionellen MRI zeige sich eine Protrusion mit wahrscheinlicher radikulärer Irritation, welche bei Extension deutlich zunehme (S. 7 Ziff. 1.3). Als Folge des Sturzes sei es zu einer Kontusion, Distorsion und diskogenen Verletzung der LSW mit spondylogem Schmerzsyndrom und radikulärem Schmerzsyndrom gekommen, welches sich durch die im funktionellen MRI nachgewiesene, bei Extension verstärkte foraminale Einengung erklären lasse (S. 7 Ziff. 1.5).

Als Diagnose nannte der Gutachter (S. 8 Ziff. 1.6):

lumboradikuläres Irritationssyndrom und sensibles Ausfallsyndrom L5 links

- Status nach Distorsion und Kontusion der LWS am 12. Mai 2003

- chronifiziertes lumbospondylogenes und radikuläres Irritationssyndrom

- im funktionellen MRI Nachweis einer linksbetonten foraminalen Stenose L4/5 und L5/S1 mit deutlicher Zunahme bei Extension

Die aktuellen Beschwerden mässen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Mai 2003 zurückgeführt werden (S. 8 Ziff. 2.1).

Zur Frage eines allfälligen Vorzustandes führte der Gutachter aus, zum Zeitpunkt des Unfalls hätten keine gesundheitlichen Probleme bestanden (S. 8 Ziff. 2.2.1).

Am 21. November 2006 erstattete Dr. med. I. \_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, ein Aktengutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 12/124).

Er führte aus, in den meisten Berichten werde das Unfallereignis als Sturz von einer Treppe bezeichnet. Selbst wenn man in diesem Fall eine unfallbedingte Schädigung der LWS annehmen wollte, würde diese niemals zwei Bandscheiben gleichzeitig betreffen (S. 1 unten). Die gleichzeitige Degeneration zweier benachbarter lumbaler Bandscheiben (black disks) spreche deswegen deutlich gegen eine zugrundeliegende Unfallkausalität (S. 1 f.).

Die erfolgten Infiltrationen seien entweder auf der falschen Seite (rechts) oder im falschen Segment vorgenommen worden; es erstaune daher nicht besonders, dass auf diese Weise keine nachhaltige Wirkung zustande gekommen sei (S. 2 f.).

Während des ganzen Verlaufs habe es sich ausschliesslich um eine Irritation der Wurzel L5 links mit entsprechenden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen gehandelt. Diese hätten im Lauf der Zeit zwar abgenommen, seien jedoch nie ganz verschwunden. Die Reflexe seien symmetrisch geblieben, motorische Ausfälle seien nie gefunden worden (S. 3 Ziff. 4).

Als Beurteilung wies Dr. I.\_\_\_\_ auf einen zum Zeitpunkt des damaligen Ereignisses vorgeschädigten Rücken - vor allem Brustwirbelsäule (BWS) - hin. Die angegebene Beschwerdefreiheit bis zum Ereignis schliesse einen Vorzustand (teils anlagebedingt: enge Foramina, teils sekundär degenerativ: Protrusion) nicht aus (S. 4 Ziff. 6). Seines Erachtens sei es beim damaligen Ereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands (degenerative Veränderungen von BWS und LWS mit Diskusprotrusion L4/5) gekommen. Im Segment L4/5 liege auch rechts eine gewisse Diskusprotrusion vor, welche bis heute nie Beschwerden verursacht habe. Spätestens nach Ablauf eines Jahres hätte somit der Status quo sine wieder erreicht sein müssen. Es lägen heute keine gesicherten organischen Unfallfolgen vor (S. 5 oben).

Am 8. Dezember 2008 nahm Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin, zu den zwischenzeitlich mit Berichten aus der Zeit vor dem Unfall ergänzten Akten (siehe nachstehend Erw. 3.8) Stellung (Urk. 12/173).

Er führte aus, ein Vorzustand bezüglich einer Diskushernien-Symptomatik L4/5 könne aus den neu verfügbaren Akten nicht abgeleitet werden (S. 2 Ziff. 2).

Die Feststellung der Gutachter der Klinik A.\_\_\_\_, die aktuellen Beschwerden müssten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Mai 2003 zurückgeführt werden, sei seines Erachtens nicht korrekt. Er stimme mit Dr. I.\_\_\_\_ überein, dass der Unfall vom 12. Mai 2003 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes mit degenerativen Veränderungen von BWS und LWS sowie vorbestehender Diskusprotrusion L4/5 geführt habe. Der Status quo sine hätte spätestens nach Ablauf eines Jahres erreicht sein müssen. Die Schlussfolgerungen des Gutachtens der Klinik A.\_\_\_\_ seien für ihn nicht nachvollziehbar (S. 3).

Am 2. September 2009 erstatteten Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie und Rehabilitation, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, und Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Gutachterstelle Z.\_\_\_\_ für interdisziplinäre Begutachtungen (N.\_\_\_\_), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/187). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten inklusive Röntgendossier (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 15 ff.) und die von ihnen am 25. Juni und 9. Juli 2009 erhobenen rheumatologischen (S. 22 f.), neurologischen (S. 23 f.) und neuropsychiatrischen (S. 24 ff.) Befunde.

Zum Ereignishergang wurde im Gutachten präzisierend ausgeführt, der Beschwerdeführer habe als Nachtportier zwei betrunkene Gäste zu Bett gebracht. Der eine von ihnen sei offensichtlich relativ korpulent gewesen. Er habe ihn auf die Beine gestellt, in sein Zimmer gebracht und auf das Bett gehoben. Dabei habe er immediate Rückenschmerzen verspürt, allerdings ohne radikuläre Ausstrahlung in die Beine. Beim Rückweg zur Rezeption sei er auf der Treppe das Bewusstsein verloren und sei etwa 10 Stiegentritte hinabgestürzt, ohne sich äussere Verletzungen im

Sinne einer Beule zuzuziehen (S. 17).

Die aktuelle klinisch-neurologische und elektromyographische Untersuchung ergebe keine Hinweise für ein umschriebenes, persistierendes radikuläres Syndrom im linken Bein. Gesamthaft finden sich aktuell keine Hinweise auf eine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems infolge des Treppensturzes vor mehr als sechs Jahren. Allenfalls könnte unmittelbar vor dem Treppensturz ein Verhebetauma stattgefunden haben, das aber, da nicht unerwartet erfolgt, nicht als Unfall zu klassifizieren wäre (S. 30 oben).

Die aktuelle neurologische und rheumatologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine akute oder chronische Denervation einer lumbalen Nervenwurzel oder eine andere Schädigung des Nervensystems ergeben. Hingegen hätten sich klare Zeichen für eine starke muskuläre Dysbalance des Beckenquadrants und der Hüftmuskulatur links ergeben. In den letzten drei Jahren hätten sich das Beschwerdebild und der klinische und radiologische Befund praktisch nicht verändert. Es seien insbesondere keine klinischen oder elektrophysiologischen Zeichen einer chronischen Schädigung der Wurzel L5 aufgetreten (S. 30 Mitte).

Aus der Sicht der Neuropsychiatrie bestehe keine Störung mit Krankheitswert (S. 30).

Die Symptomatologie des Beschwerdeführers lasse sich nur teilweise durch die bildgebende Diagnostik erklären. In insgesamt drei MRI-Untersuchungen, wovon die letzte auch sogenannt funktionell, also in verschiedenen Körperhaltungen durchgeführt, hätten sich keine Veränderungen, insbesondere keine nennenswerte Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L4/5 (diskret auch L5/S1) feststellen lassen (S. 30 unten).

Sodann wurden verschiedene mögliche Pathomechanismen erläutert und diskutiert (S. 31 f.).

Zur Kausalitätsfrage führten die Gutachter aus, der Treppensturz könne als direkte oder indirekte Ursache für die heute noch bestehenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verantwortlich gemacht werden. Die Risse im Anulus fibrosus der Bandscheibe L4/5 mit einer geringen Protrusion derselben könnten nicht als traumatisch bedingt betrachtet werden, weil ein wesentliches Element dazu fehle, nämlich die rasche Verschlimmerung des Befundes und der Symptomatologie. Bei Stürzen von erheblicher Intensität würden in aller Regel zuerst die osseären Elemente der Wirbelsäule betroffen (z.B. Wirbelfrakturen). Beim Treppensturz sei es mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden symptomfreien Zustandes, nämlich der anlagebedingten foraminalen Enge L4/5 und L5/S1, gekommen, wo sich als Folge der Kontusion durchaus mechanisch-entzündliche Phänomene abgespielt haben könnten. Diese hätten auch möglicherweise durch das vorangegangene relative Verhebetauma noch begünstigt worden sein können. Hinzu komme der radiologische Nachweis einer vorbestehenden, leichten Instabilität des Bewegungssegmentes L4/5 in einem 2 Tage nach dem Unfall angefertigten Röntgenbild. Auf jeden Fall sei daher dieses Geschehen als vorübergehende, nicht als richtungweisende Verschlimmerung eines leichten pathologischen, asymptomatischen Vorzustandes zu betrachten. Der Status quo sine sei nach maximal 12 Monaten erreicht gewesen. Die aktuell noch vorhandenen Beschwerden

und klinischen Befunde müssten demnach als rein krankheitsbedingt betrachtet werden (S. 32).

Als Diagnosen wurden genannt (S. 34 Ziff. 1.6):

- chronisches linksseitiges lumboschialgiformes Schmerzsyndrom
- Osteochondrose L4/5 mit leichter Discusprotrusion linksbetont
- diskrete Chondrose L5/S1 (Dehydratation der Bandscheibe)
- anlagebedingte Enge der Neuroforamina L4 und L5 beidseits, in Extension links auf Höhe L4/5 (Wurzel L4) zusätzlich durch die Discusprotrusion verstärkt (fMRI vom 16. Juni 2006)
- minime Spondylarthrosen L4 und L5/S1 beidseits
- leichte Instabilität des Segmentes L4/5 vorbestehend (Traction spur am 14. Mai 2003 dokumentiert)
- ausgeprägte muskuläre Dysbalance der Becken- und Hüftmuskulatur links
- Dys- und Hypästhesie mit Claudicatio-Charakter im linken Bein
- Status nach Treppensturz am 12. Mai 2003
- leichtes, chronisch intermittierendes Zervikovertebralsyndrom
- diskrete degenerative Veränderungen C4/5
- aktuell klinisch ruhig
- leichte Heberdenarthrosen beidseits
- Pityriasis versicolor des Stammes
- Status nach Suizidversuch am 18. März 2002
- Status nach Episode von akutem Thoraxschmerz mit Synkope ungeklärter Genese am 30. August 1998
- Status nach Ulcus duodeni 1996

- keine psychopathologische Diagnose von Krankheitswert bei verdachtsweise relevanten psychosozialen Belastungen (Finanzen, Arbeitslosigkeit, eventuell Beziehungsprobleme)

In Beantwortung der entsprechenden Fragen hielten die Gutachter fest, die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr Folge des Unfalls vom 12. Mai 2003, auch nicht teilweise (S. 35 Ziff. 2.1).

Der Unfall habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren (Vorzustände gemäss Diagnoseliste; S. 35 Ziff. 2.2.1) geführt (S. 36 Ziff. 2.3).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei der Status quo sine spätestens 12 Monate nach dem Unfall vom 12. Mai 2003 erreicht gewesen. Dr. D. \_\_\_ habe zwar eine richtungweisende Verschlimmerung angenommen, im November 2003 aber ausgeführt, spätestens per Ende 2003 sei die regrediente Schmerzsituation nicht mehr mit dem Grade der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem zitierten Ereignis anzulasten.

Die Gutachter würden noch einmal festhalten, dass sie aufgrund der erhobenen Befunde und des klinischen und radiologischen Verlaufes nicht von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorzustandes ausgingen, sondern von einer vorübergehenden Verschlimmerung, die nach 12 Monaten den Status quo sine erreicht habe. Sie folgten daher auch der Meinung von Dr. H. \_\_\_ nicht, der die Beschwerden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Mai 2003 zurückgeführt habe (S. 36 Ziff. 2.3.2).

Unfallbedingt bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Nachtportier (S. 37 Ziff. 3.1.1).

Der Endzustand der unfallbedingten vorübergehenden Verschlimmerung sei erreicht und bedürfe keiner medizinischen Behandlung mehr (S. 38 Ziff. 4.1), der Status quo sine sei Ende Mai 2004 erreicht gewesen (S. 38 Ziff. 4.2).

Eine bleibende Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität aufgrund des Unfalls lasse sich nicht postulieren (S. 40 Ziff. 6.1).

Zur gesundheitlichen Situation vor dem Unfall ergeben sich aus den Akten folgende Hinweise:

Im August 1998 wurde im Rahmen einer Notfallkonsultation ein Thoraxwandschmerz diagnostiziert (Urk. 12/1). Im Dezember 1998 wurden massive Ohrenscherzen links behandelt (Urk. 12/2).

Im Januar und Februar 2002 wurde der Beschwerdeführer in der Medizinischen Poliklinik des Universitätsospitals O. \_\_\_ (O. \_\_\_) ambulant betreut, wobei folgende Diagnosen gestellt wurden: Verdacht auf Refluxoesophagitis, Schulterschmerzen links, Poliarthrose mit Gonarthrose beidseits und Fingergelenksarthrosen beidseits, chronische Kopfschmerzen mit Schwindel, Pityriasis versicolor (Urk. 12/3).

Von März bis Oktober 2002 wurde der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen Poliklinik des O. \_\_\_ ambulant behandelt, dies im Rahmen einer schweren depressiven Episode in schwieriger psychosozialer Situation mit Status nach Suizidversuch am 18. März 2002 (Urk. 12/167).

#### **E. 4**

4.1 An medizinischen Berichten vorhanden sind solche von behandelnder und beratender Seite aus dem Jahr 2003 (und früher), ein Gutachten von 2006 (A. \_\_\_), zwei Aktenbeurteilungen und ein Gutachten von 2009 (N. \_\_\_).

Vergleichsweise sind die beiden Gutachten ausführlicher und umfassender, so dass es sich rechtfertigt, sie stärker zu gewichten als die übrigen Berichte.

In formaler Hinsicht ist das N. \_\_\_-Gutachten dem A. \_\_\_-Gutachten insofern überlegen, als darin auch ältere, erst später erhoblich gemachte Vorakten berücksichtigt wurden, auch wenn aus dem N. \_\_\_-Gutachten wie auch der einen Aktenbeurteilung (vorstehend Erw. 3.6) hervorgeht, dass die älteren Akten bezüglich der vorliegend strittigen Frage nicht ergiebig sind. Das N. \_\_\_-Gutachten ist auch als umfassender zu taxieren als das A. \_\_\_-Gutachten, wie sich aus der unterschiedlich breit gefassten Diagnosestellung ergibt: Im A. \_\_\_-Gutachten wurde ausschliesslich die Rückenproblematik diagnostisch erfasst, im N. \_\_\_-Gutachten hingegen wurde

offensichtlich eine Würdigung der gesamten gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers vorgenommen.

4.2 Von ausschlaggebender Bedeutung ist nunmehr die Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung im einen und im anderen Gutachten.

Im N.\_\_\_\_-Gutachten wurde dargelegt, welche - bis zum Unfall stummen - Vorzustände durch das Ereignis aktiviert wurden, nämlich eine anlagebedingte foraminale Enge und möglicherweise eine leichte Instabilität des Segmentes L4/5. Ferner wurde dargelegt, dass und warum das Sturzereignis als nicht geeignet erscheint, eine traumatische Läsion verursacht zu haben, welche - im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustands - als Ursache der aktuellen Beschwerden in Frage kommen könnte. Schliesslich wurde dargelegt, dass und warum die aktuellen klinischen und bildgebenden Befunde nicht auf eine traumatische Verursachung schliessen lassen.

Im A.\_\_\_\_-Gutachten wurde demgegenüber die Frage allfälliger Vorzustände nicht überzeugend behandelt. Es wurde nämlich lediglich darauf hingewiesen, dass im Unfallzeitpunkt keine gesundheitlichen Probleme bestanden hätten. Es wurde mithin aus der seinerzeitigen Beschwerdefreiheit umstandslos darauf geschlossen, dass keine Vorzustände bestanden hätten, und umgekehrt, dass die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden - sozusagen logischerweise - durch den Unfall verursacht seien. Dies stellt den klassischen (Fehl-) Schluss des *post hoc ergo propter hoc* dar, der rechtsprechungsgemäss für die Begründung des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht ausreicht (vgl. BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb).

Dass im A.\_\_\_\_-Gutachten die Möglichkeit eines bis anhin stummen, infolge des Unfalls symptomatisch gewordenen Vorzustandes nicht einmal erwähnt, geschweige denn diskutiert wurde, stellt einen derart empfindlichen Mangel dar, dass die im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen als nicht überzeugend begründet bezeichnet werden müssen.

4.3 Somit bleibt festzuhalten, dass betreffend die Unfallkausalität die Schlussfolgerungen im N.\_\_\_\_-Gutachten weit nachvollziehbarer und einleuchtender begründet sind.

Damit ist davon auszugehen, dass der Treppensturz vom 12. Mai 2003 zwar eine vorübergehende, aber keine richtunggebende, Verschlimmerung eines - bis anhin stummen - Vorzustands bewirkt hat, und dass der Status quo sine spätestens Ende Mai 2004 erreicht gewesen ist. Dies ist im Übrigen auch vereinbar mit der Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_, per Ende 2003 könne die Schmerzsymptomatik nicht mehr überwiegend wahrscheinlich dem Unfall angelastet werden (wiewohl der in der Sache sehr engagierte Arzt bei anderer Gelegenheit anderes postulierte).

Somit erweist sich die per Ende Mai 2004 erfolgte Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin als gerechtfertigt.

Dementsprechend ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5. **Ä Ä Ä Ä Ä Ä**

5.1 Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 9 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SSVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

5.2 Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 16. Juni 2011 einen Aufwand von 19.25 Stunden und Barauslagen von Fr. 186.-- geltend gemacht (Urk. 15/2).

Dieser Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer schon im Einspracheverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Sodann entspricht die Beschwerdeschrift in weiten Teilen der Einsprache vom 29. März 2007. Namentlich erscheint ein Aufwand von 8 Stunden für die Beschwerdeschrift als überhöht.

Angesichts der zu studierenden nur zwei relevanten medizinischen Aktenstücke, der einzigen Rechtsschrift mit rund 11-seitigen Ausführungen zu den behaupteten Vorzügen des vom Beschwerdeführer bevorzugten Gutachtens, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

5.3 Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Braun, Hirzel, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Braun

- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, D. Hofquai 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.