

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00077 vom 7. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00077 du 7 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00077 del 7 settembre 2012

Erwägungen

E. 2

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

2.2 Nach der Rechtsprechung hat der Versicherer nach Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 und BGE 133 V 57 E. 6.6.2 je mit Hinweisen). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies gemäss der Rechtsprechung nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, wobei unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen).

2.3 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 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.4.4.4 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 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). 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 7 E. 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. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

2.5.4.4 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 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

2.6.4.4 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

2.7.4.4 Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur

auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2011, vom 5. Dezember 2011 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1.2 mit Hinweisen).

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 3

3.1 Im Folgenden ist vorerst der für die Kausalitätsbeurteilung massgebende medizinische Sachverhalt zu präzisieren.

3.2 Die Ärzte des Spitals C. (nachfolgend: C.) erwähnten im Austrittsbericht vom 13. September 2009 (Urk. 12/10), dass der Beschwerdeführer am 11. September 2009 von einer einstürzenden Decke auf der Baustelle teilweise verschüttet worden sei und sich dabei multiple Prellungen und Schürfungen zugezogen habe. Sie stellten die folgenden Diagnosen:

- Hand- und Handgelenkskontusion rechts
- Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS)
- Thoraxkompression rechts lateral
- Unterschenkelkontusion rechts
- asymptotische Umbilikalhernie

Ossäre Läsionen und Organverletzungen seien radiologisch beziehungsweise sonographisch auszuschliessen. Der Beschwerdeführer sei vom 11. bis 13. September 2009 hospitalisiert gewesen und unter Analgesie in gebesserem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 1).

3.3 Mit Zwischenbericht vom 17. Dezember 2009 erwähnte Dr. med. D., Innere Medizin FMH, dass der Beschwerdeführer nach einem Arbeitsversuch unter

starken Schmerzen lumbal und im Bereich seines rechten Beins und Unterschenkels gelitten habe und attestierte ihm für den 30. November 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 12/15).

Am 2. März 2010 stellte Dr. D. ___ fest, dass der Beschwerdeführer weiterhin unter einer Schwäche des rechten Beines leide und als Bauarbeiter nicht einsatzfähig sei. Seit einem gescheiterten Arbeitsversuch im November 2009 hätten die Beschwerden im Bereich seines rechten Beines und die Muskelschwäche zugenommen (Urk. 12/28).

Mit Bericht vom 3. März 2010 führte Dr. D. ___ aus, dass der Beschwerdeführer im Januar 2010 wegen einer Schwäche im Bereich seines rechten Beines eine weitere Arbeitsaufnahme abgebrochen habe und stellte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest (Urk. 12/26).

Im MRI-Bericht vom 15. März 2010 (Urk. 12/44/2) führten die Ärzte des Spitals E. ___, Institut für Radiologie, aus, dass eine gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels des Beschwerdeführers als einzige Abnormalität ein geringes Knochenmarksödem im posterioren Abschnitt des Femurkopfes ergeben habe. Differenzialdiagnostisch könne es sich auch um eine kleine osteochondrale Läsion oder um ein Residuum nach einem Knochenmarksödem-Syndrom handeln. Je nach Klinik sei eine weitere Abklärung der Hüfte mittels MR-Arthrographie angezeigt.

SUVA-Kreisarzt PD Dr. med. F. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erwähnte in seinem Untersuchungsbericht vom 30. April 2010 (Urk. 12/37), dass der Beschwerdeführer vor allem unter Rückenschmerzen im Bereich des thorakolumbalen Übergangs bis zur Glutealregion leide. Die Beschwerden im Bereich seines rechten Oberschenkels seien deutlich besser geworden. Ein in der vergangenen Woche durchgeführter Arbeitsversuch habe er beschwerdebedingt abbrechen müssen (S. 2). Gegenwärtig leide der Beschwerdeführer vornehmlich unter Lumbalgien ohne klinischen Nachweis einer neurologischen Symptomatik. Strukturelle Verletzungen seien auszuschliessen (S. 3).

Die Ärzte des Spitals E. ___, Rheumatologie, stellten in ihrem Bericht vom 21. April 2010 (Urk. 12/39) die folgenden Diagnosen (S. 1):

- lumbospondylogenes und möglicherweise -radikuläres Reizsyndrom L5 rechts mit/bei:
- osteodiskal enger Foramina intervertebralia beidseits L5/S1 mit möglicher foraminaler Kompression der Wurzeln L5 beidseits
- Weichteilkontusion des lateralen rechten Ober- und Unterschenkels bei Status nach Arbeitsunfall auf einer Baustelle mit Sturz aus 6 Metern Höhe und Verschüttung am 11. September 2009 mit/bei:
- geringem Knochenmarksödem im posterioren Abschnitt des Femurkopfes
- Status nach Ausschluss ossärer Läsionen im Bereich der LWS, des Beckens, der rechten Hüfte, des rechten Handgelenks, des rechten Unterschenkels und des rechten oberen Sprunggelenks am 11. September 2009
- Status nach sonographischem Ausschluss einer abdominellen Organverletzung am 11. September 2009

Die Ärzte führten aus, unmittelbar nach dem Unfall vom 11. September 2009 habe der Beschwerdeführer an einer stark druckschmerzhaften Schwellung im Bereich des lateralen rechten Ober- und Unterschenkels gelitten. Seither leide er trotz Rückgangs der Schwellung am rechten Bein über Schmerzen im Bereich des rechten Unter- und Oberschenkels bis in den Rücken, über ein Taubheitsgefühl im Bereich der Füsse und über eine subjektive Kraftminderung im rechten Bein. Die Beweglichkeit der LWS sei deutlich eingeschränkt mit fast aufgehobener Flexion. Eine durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS und des rechten Oberschenkels habe eine osteodiskal enge Foramina intervertebralia beidseits im Bereich L5/S1 mit positionsabhängig mässiger Kompression der Wurzeln L5 beidseits ergeben. Im Bereich des rechten Oberschenkels habe als einzige Abnormität ein geringes Knochenmarksödem im posterioren Abschnitt des Femurkopfes resultiert. In der neurologischen elektrophysiologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis für eine Nervenläsion oder Beteiligung des Plexus sacralis finden lassen.

Anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 8. April 2010 sei der Beschwerdeführer nahezu beschwerdefrei gewesen, weshalb eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ab dem 12. April 2010 mit zunächst 50 % geplant worden sei. Am 27. April 2010 habe der Beschwerdeführer über zunehmende Beschwerden während der Arbeit geklagt, da er nicht wie vorgesehen für leichte, sondern vorwiegend für schwere Arbeit eingesetzt worden sei. Bis zum 23. Mai 2010 werde dem Beschwerdeführer weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (S. 3).

PD Dr. F. führte in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2010 (Urk. 12/48) aus, dass im Behandlungsbericht des Spitals E. (vom 21. April 2010) keine für eine abschliessende ärztliche Beurteilung relevanten Informationen enthalten seien, weshalb davon auszugehen sei, dass nach einer Zeit von mehr als 8 Monaten seit dem Unfallereignis keine behandlungsbedingten, strukturellen Unfallfolgen mehr beständen.

Mit Bericht vom 29. Juni 2010 (Urk. 12/53) diagnostizierten die Ärzte der Klinik G. (nachfolgend: Klinik G.) unklare lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein (S. 1) und erwähnten, dass die Klinik der lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Oberschenkel bis in den Unterschenkel auf eine Wurzelkompression L5 rechts hinweisen könnten. Die MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe jedoch keinen pathologischen Befund ergeben, welcher die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden erklären könnte. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht seien die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden nicht zu erklären (S. 2).

SUVA-Kreisarzt Dr. med. H., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Stellungnahme vom 6. August 2010 betreffend die Kausalitätsbeurteilung (Urk. 12/55) aus, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. September 2009 verschiedene Kontusionen erlitten habe, ohne dass strukturelle Läsionen hätten festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe jedoch insbesondere im Bereich der tiefen Lendenwirbelsäule unter deutlichen Vorzuständen gelitten. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Unfall vom 11. September 2009 im heutigen Krankheitsbild keine Rolle mehr spiele, und dass diesbezüglich der Status quo sine erreicht worden sei. Â

3.10. In seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2010 (Urk. 12/63) stellte Dr. H. fest, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. Februar 1997 eine Kontusion der LWS erlitten habe, und dass radiologisch keine Läsion festgestellt worden sei. Die letzte Stellungnahme des behandelnden Arztes stamme vom 5. April 1997. Darin habe dieser eine Arbeitsunfähigkeit für eine Dauer von zwei Monaten prognostiziert. Da die Krankengeschichte anschliessend während mehreren Jahren ruhig geblieben sei, sei davon auszugehen, dass der Status quo ante erreicht worden sei.

Beim Unfall vom 9. August 2002 habe es sich um eine Distorsion des oberen Sprunggelenks gehandelt. Da der Rücken nicht vom Unfall betroffen gewesen sei, sei dieser Unfall nicht näher in Betracht zu ziehen.

Anlässlich des Unfalls vom 11. September 2009 habe sich der Beschwerdeführer zwar keine objektivierbare Läsion zugezogen. Es sei dabei jedoch zur Traumatisierung eines wahrscheinlich noch stummen Vorzustandes gekommen. Erfahrungsgemäss sei eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach 6-9 Monaten, spätestens nach 1 Jahr als abgeschlossen zu betrachten.

3.11. Die Ärzte des Zentrums I. (nachfolgend: I.) erwählten in ihrem im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verfassten interdisziplinären Gutachten vom 12. November 2010 (richtig: 12. Dezember 2010; Urk. 11/2/1), dass der Beschwerdeführer am 27. Oktober 2010 orthopädisch und psychiatrisch untersucht worden sei, dass am 25. November 2010 eine Upright-MRI-Untersuchung der LWS des Beschwerdeführers, und dass am 29. November 2010 eine Konsensbeurteilung des orthopädischen und des psychiatrischen Gutachters durchgeführt worden sei (S. 2), und stellten die folgenden Diagnosen (S. 19 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- mässige Osteochondrose L4-S1 mit Gelenksergüssen der Zwischenwirbelgelenke L4-S1

- Präadipositas

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Oberschenkel- und Unterschenkelkontusion rechts

- Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit September 2009

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit etwa September 2009

Die Experten führten aus, in orthopädischer Hinsicht seien die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS auf die im MRI sichtbare Osteochondrose im Bereich der Wirbelsäule L4-S1 und auf die Gelenksergüsse im Bereich der Zwischenwirbelgelenke L4-S1 zurückzuführen. Die bei der Untersuchung der rechten Hüfte festgestellten Schmerzen im LWS-Bereich mit gleichzeitiger Einschränkung der Hüftgelenkbeweglichkeit seien nicht eindeutig zu interpretieren. Die MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels habe kein Impingement ergeben. Vielmehr sei lediglich ein Residuum nach einem Knochenmarksödemsyndrom beziehungsweise eine kleine osteochondrale Läsion in Erwägung gezogen worden. Die

Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter sowie von weiteren körperlich schweren Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die überwiegend stehend oder sitzen auszuüben seien und oft die Einnahme inklinierter, reklinierter oder rotierender Körperhaltungen sowie das Tragen und Heben von Lasten über einem Gewicht von zehn Kilogramm erforderten, seien dem Beschwerdeführer noch im Umfang eines Arbeitspensums von 50 % zuzumuten (S. 6). Die Ausübung körperlich leichter Tätigkeiten, welche sowohl sitzend als auch stehend auszuführende Verrichtungen umfassten, und welche nicht oft die Einnahme von inklinierten, reklinierten oder rotierenden Körperhaltungen sowie nicht oft ein Tragen und Heben von Lasten über einem Gewicht von fünf Kilogramm erforderten, seien dem Beschwerdeführer ohne Leistungseinbusse im Umfang eines vollzeitlichen Arbeitspensums zuzumuten (S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht habe der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 11. September 2009 eine leichte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ohne Krankheitswert entwickelt. Zusätzlich bestünden Hinweise auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die organisch nicht hinreichend zu erklärenden Schmerzen träten in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf (S. 15). Da die Symptome der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sehr gering ausgeprägt seien und keinen Krankheitswert erreichten, sei keine Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität und der Dauerbelastbarkeit anzunehmen. Es sei sodann davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über ausreichende psychische Ressourcen verfüge, und dass er in der Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung nicht beeinträchtigt sei. Neben der somatoformen Schmerzstörung bestehe keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, weshalb es dem Beschwerdeführer zuzumuten sei, die nicht organisch begründbaren Schmerzen mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Maurer und (Bau-)Hilfsarbeiter sowie die Ausübung von behinderungsangepassten Tätigkeiten ohne Einschränkungen in vollzeitlichem Umfang zuzumuten (S. 16 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt sei dem Beschwerdeführer die Ausübung behinderungsangepasster, körperlich leichter, sitzend und stehend auszuführender Tätigkeiten ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierende Körperhaltungen und ohne das Heben und Tragen von Lasten über einem Gewicht von fünf Kilogramm im Umfang eines vollzeitlichen Arbeitspensums ohne Leistungseinbusse zuzumuten (S. 20). Die Arbeitsfähigkeit werde durch ein somatisches Leiden im Sinne einer massigen Osteochondrose L4-S1 mit Gelenksergüssen im Bereich der Zwischenwirbelgelenke L4-S1 sowie durch eine Präadipositas eingeschränkt. Dabei handle es sich um unfallfremde Leiden (S. 21).

3.12Ä Ä Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der SUVA, stellte in seiner Stellungnahme vom 14. April 2011 (Urk. 11/1) fest, dass die am 15. März 2010 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels des Beschwerdeführers eine umschriebene Hyperintensität am Femurkopf dorsal in der T1-gewichteten Sequenz ergeben habe. Dieser Befund sei vom Radiologen als Knochenmarksödem interpretiert worden. Isoliert erlaube ein solcher Befund keine Rückschlüsse bezüglich Aetiologie oder klinischer Relevanz. Oft handle es sich um eine krankhafte transiente Osteoporose (Knochenmarksödem-Syndrom)

mit spontan guter Prognose ohne spezielle Behandlung. Aus diesem Grunde sei eine Unfallkausalität dieses Befundes nur möglich. Eine MR-Arthrographie sei in solchen Fällen diagnostisch üblicherweise nicht erforderlich. Meistens genüge eine MRI-Kontrolle nach einigen Monaten. Vorliegend hätten die Rheumatologen des E. ___ offenbar gute Gründe gehabt, auf eine klinisch nicht zwingend notwendige Hft-Arthrographie zu verzichten. Zudem seien die lumbalen Beschwerden im Vordergrund gestanden (S. 1). Auf Grund der Akten sei es unwahrscheinlich, dass spätestens am 31. August 2010 noch körperliche Unfallfolgen bestanden hätten, welche die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt oder eine Behandlung erfordert hätten. Es bestehe sodann der Verdacht auf ein psychogenes Leiden im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung (S. 2).

E. 4

4.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. September 2009, als er von einer einstürzenden Decke auf einer Baustelle teilweise verschüttet wurde, sich multiple Prellungen und Schürfungen, eine Kontusion der rechten Hand und des rechten Handgelenks, eine Kontusion der LWS, eine Thoraxkompression und eine Kontusion des rechten Unterschenkels ohne ossäre Läsionen oder Organverletzungen zugezogen hat (Urk. 12/10). In der Folge litt er unter Schmerzen im Bereich der LWS und im Bereich des rechten Beins und Unterschenkels (Urk. 12/15, Urk. 12/28, Urk. 12/26). Am 30. April 2010 stellte Dr. F. ___ fest, dass der Beschwerdeführer vorwiegend unter im Vordergrund stehenden Rückenschmerzen im Sinne von Lumbalgien ohne klinischen Nachweis einer neurologischen Symptomatik leide (Urk. 12/37). Damit übereinstimmend stellten die Ärzte des Spitals E. ___ am 21. April 2010 eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der LWS mit fast aufgehobener Flexion fest (Urk. 12/39).

Indes beurteilten die beteiligten Ärzte die Ursache der Rückenschmerzen des Beschwerdeführers unterschiedlich. Während die Ärzte des Spitals E. ___ eine osteodiskal enge Foramina intervertebralia beidseits im Bereich L5/S1 mit einer positionsabhängig möglichen Kompression der Wurzeln L5 beidseits feststellten (Urk. 12/39), gingen die Ärzte der Klinik G. ___ in ihrem Bericht vom 29. Juni 2010 davon aus, dass es sich bei den vom Beschwerdeführer geklagten Rückenschmerzen um unklare lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein handle (Urk. 12/53 S. 1), und dass eine MRI-Untersuchung der LWS keinen pathologischen Befund und insbesondere keine Wurzelkompression im Bereich L5 ergeben habe, welcher die vom Beschwerdeführer geäußerten Beschwerden erklären könnte (Urk. 12/53 S. 2). Damit übereinstimmend stellten auch die Gutachter des I. ___ in ihrer Expertise vom 12. Dezember 2010 keine Wurzelkompression im Bereich L5 fest. Im Unterschied zu den Ärzten der Klinik G. ___ gingen sie indes davon aus, dass die lumbalen Beschwerden des Beschwerdeführers durch die mittels MRI festgestellte Osteochondrose im Bereich der Wirbelkörper L4-S1 und durch die Gelenksergüsse im Bereich der Zwischenwirbelgelenke L4-S1 zu erklären seien (Urk. 11/2/1 S. 6), und dass der Beschwerdeführer dadurch (Urk. 11/2/1 S. 19) in Bezug auf körperlich schwere Tätigkeiten und insbesondere seine bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter im Umfang von 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei (Urk. 11/2/1 S. 6). Sie gingen alsdann davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung körperlich leichter, abwechselnd sitzend und stehend auszuführender Tätigkeiten ohne Aufgive

inklinierte, reklinierte oder rotierende Körperhaltungen und ohne häufiges Tragen und Heben von Lasten über einem Gewicht von fünf Kilogramm vollzeitlich zuzumuten sei (Urk. 11/2/1 S. 7), und dass es sich bei diesem die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigenden Rückenleiden nicht um ein durch einen Unfall verursachtes Leiden handle (Urk. 11/2/1 S. 21).

4.2 Am 15. März 2010 stellten die Ärzte des Spitals E. fest, dass eine MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels des Beschwerdeführers als einzige Abnormalität ein geringes Knochenmarksödem im posterioren Abschnitt des Femurkopfes ergeben habe, wobei differenzialdiagnostisch auch eine kleine osteochondrale Läsion oder ein Residuum nach einem Knochenmarksödem-Syndrom in Betracht zu ziehen sei (Urk. 12/44/2). In ihrem Bericht vom 21. April 2010 nahmen die Ärzte des Spitals E. indes nicht dazu Stellung, ob das Beschwerdebild und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch das Rückenleiden und/oder durch das geringe Knochenmarksödem im Bereich des rechten Femurkopfes verursacht werde (Urk. 12/39). Die Ärzte der Klinik G. erwähnten in ihrem Bericht vom 29. Juni 2010 kein Knochenmarksödem und gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer unter unklaren lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein leide (Urk. 12/53 S. 1). Die Ärzte des I. erwähnten in ihrem Gutachten vom 12. Dezember 2010, dass die MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels kein Impingement ergeben habe, und dass ein Residuum nach einem Knochenmarksödemsyndrom beziehungsweise eine kleine osteochondrale Läsion in Erwägung gezogen worden sei (Urk. 11/2/1 S. 6). Die Ärzte des I. gingen sodann davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausschliesslich durch sein Rückenleiden beeinträchtigt werde (Urk. 11/2/1 S. 19), und dass der Beschwerdeführer durch den (unfallbedingten) Status nach Ober- und Unterschenkelkontusion rechts in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt werde (Urk. 11/2/1 S. 6). Demgegenüber vertrat Dr. J. am 14. April 2011 (Urk. 11/1) die Meinung, dass die am 15. März 2010 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Oberschenkels des Beschwerdeführers eine umschriebene Hyperintensität am Femurkopf dorsal in der T1-gewichteten Sequenz ergeben habe, dass eine Unfallkausalität dieses Befundes zwar möglich sei, dass es sich dabei jedoch auch um einen Befund im Rahmen einer unfallfremden transienten Osteoporose (Knochenmarksödem-Syndrom) handeln könnte (Urk. 11/1 S. 1).

4.3 In psychischer Hinsicht stellten die Ärzte des I. in ihrem Gutachten vom 12. Dezember 2010 eine seit September 2009 bestehende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ohne Krankheitswert und eine seit diesem Zeitpunkt bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne psychische Komorbidität fest und gingen davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychischen Gründen nicht beeinträchtigt werde (Urk. 11/2/1 S. 16 f.).

E. 5

5.1 Beim Gutachten der Ärzte des I. vom 12. Dezember 2010 handelt es sich um ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten, welches sämtliche nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien erfüllt (vgl. E. 2.8). Denn einerseits waren mit einem Facharzt für Orthopädie und einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Fachpersonen aus denjenigen medizinischen Teilgebieten an der Abklärung beteiligt, welche auf Grund der Leiden des Beschwerdeführers angezeigt waren. Andererseits

setzten sich die Gutachter des I. ___ eingehend mit den geklagten Beschwerden sowie den medizinischen Vorakten auseinander und führten eigene spezialärztliche Untersuchungen durch. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen kamen sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer durch ein unfallfremdes Rückenleiden in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werde, dass er sich anlässlich des versicherten Unfalls zwar eine Kontusion des rechten Ober- und Unterschenkels zugezogen habe, dass dieses Leiden den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigte (Urk. 11/2/1 S. 6). Auf diese nachvollziehbare und überzeugende Beurteilung der Gutachter des I. ___ kann in somatischer Hinsicht abgestellt werden. Die Beurteilung der Ärzte des I. ___ vermag auch insofern zu überzeugen, als sie in psychischer Hinsicht davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer an keinem behandlungsbedingten und die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Leiden von Krankheitswert leide.

5.2 Die Beurteilung durch die Ärzte der Klinik G. ___ stimmt insofern mit derjenigen der Ärzte des I. ___ überein, als auch diese Ärzte davon ausgingen, dass das Beschwerdebild nicht durch ein Leiden im Bereich seines rechten Ober- oder Unterschenkels, sondern durch unklare lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein verursacht werde.

5.3 Die Beurteilung durch die Ärzte des I. ___, wonach der Beschwerdeführer an keinen behandlungsbedingten oder die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Unfallfolgen mehr leide, stimmt sodann grundsätzlich mit der Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 6. August 2010 (Urk. 12/55) und vom 12. Oktober 2010 (Urk. 12/63) überein, worin dieser feststellte, dass bezüglich des versicherten Unfalls vom 11. September 2009 der Status quo sine und bezüglich der Unfälle vom 11. Februar 1997 und vom 9. August 2002 der Status quo ante erreicht worden sei.

Die Schlussfolgerung in den medizinischen Berichten zu wenig begründet wurde (Urk. 21 S. 2), mag allenfalls auf das I. ___-Gutachten zutreffen, welches im Auftrag der Invalidenversicherung erstattet wurde. Im Rahmen der gesamten Aktenlage ergibt sich aber, dass keine nachweisbaren organischen Unfallfolgen ersichtlich sind. Jedenfalls legte keiner der Ärzte dar - und wäre solches angesichts der üblichen Ätiologie auch nur schwer nachvollziehbar - dass die in orthopädischer Hinsicht bestehenden Osteochondrosen durch das einmalige Unfallereignis vom 11. September 2009 hervorgerufen wurden.

5.4 Demzufolge ist gestützt auf die nachvollziehbaren Beurteilungen durch die Ärzte des I. ___ und durch Dr. H. ___ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 24. August 2010 (Urk. 12/59) an keinen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Folgen des Unfalls vom 11. September 2009 mehr litt, und dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der Folgen keine namhafte Besserung seines Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war. Sodann sind gestützt auf die erwähnte medizinische Aktenlage zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 24. August 2010 eindeutige Brückensymptome zu den Unfällen vom 11. Februar 1997 und vom 9. August 2002 mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erstellt.

5.5 Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern, weshalb es angesichts der klaren medizinischen Aktenlage keiner

zusätzlichlicher Abklärungen bedarf. Insbesondere kann die Frage, ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. Februar 1997 im Bereich seines rechten Femurkopfes ein Knochenmarksöl entzog oder nicht, offen gelassen werden. Denn auch wenn - entgegen der Beurteilung durch Dr. J. ___ - ergänzende medizinische Abklärungen ergeben sollten, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 11. Februar 1997 ein Knochenmarksöl an seinem rechten Bein zugezogen hätte, steht gemäss der Beurteilung durch die Ärzte des I. ___ jedenfalls fest, dass der Beschwerdeführer durch das Leiden im Bereich seines rechten Beines nicht in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wird, und dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung des Leidens im Bereich seines rechten Beines keine namhafte Besserung seines Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Von ergänzenden Beweissmassnahmen kann daher abgesehen werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer beim Unfall in die Tiefe gestürzt ist, ändert am Ergebnis nichts, fehlen doch objektivierbare Befunde für die Annahme einer unfallkausalen Schädigung.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Gesagtem ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. August 2010 (Urk. 12/59) beziehungsweise mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 26. Januar 2011 (Urk. 2) einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der nach dem 31. August 2010 weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers und den versicherten Unfällen vom 11. September 2009, vom 24. August 2010 und vom 9. August 2002 verneinte und die Versicherungsleistungen per 31. August 2010 einstellte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach ist die gegen den Einspracheentscheid vom 16. Januar 2011 erhobene Beschwerde abzuweisen.

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgangsgemäss ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, nach Einsicht in den Tätigkeitsnachweis vom 20. August 2012 (Urk. 28) mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, wird mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.