



**Fall-Nr.:** UV 2008/30  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 15.10.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.10.2008**

**Art. 6, 36 UVG, Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV: Verhebetauma bei Verlagern eines Patienten auf den Operationstisch. Mitursache der darauf festgestellten Diskushernie und Auslösen eines Beschwerdeschubs anerkannt. Status quo sine nach fünf Jahren erreicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Oktober 2008, UV 2008/30).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und Franz Schlauri;  
Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 15. Oktober 2008

in Sachen

Q.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

SWICA Versicherungen, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a Q.\_\_\_\_, Jahrgang 1952, war als Operationspfleger im Kantonsspital St. Gallen tätig und dadurch bei der Swica Versicherungen (Swica) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 28. Juni 2003 während der Arbeit einen Unfall erlitt. Gemäss Unfallmeldung vom 11. Juli 2003 wollte er einen Patienten mit einem Gewicht von 90 kg vom Krankenbett auf den Operationstisch umbetten. Dieser habe ihn mit beiden Armen an Nacken und Schulter festgehalten und sich während des Umbettens plötzlich fallen lassen, sodass er ihn auffangen musste. Dabei habe er einen Knacks im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine Schwäche im linken Bein verspürt. Er habe sich nicht mehr halten können und sei gestürzt. Als Verletzung wurden Schmerzen in der LWS und in der linken Schulter angegeben (UV act. 1). Im Arztzeugnis der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 14. August 2003, in welcher der Versicherte nach einer Schmerzzunahme am nächsten Tag bei der Arbeit notfallmässig hospitalisiert wurde, wurden eine Diskushernie L4/5 links und ein akutes lumbospondylogenes Syndrom diagnostiziert (UV act. 3). Die Behandlung im KSSG wurde am 15. Juli 2003 abgeschlossen und der Versicherte konnte in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden. Bis 31. Juli 2007 wurde der Versicherte mit grundsätzlich guter Prognose zu 100% arbeitsunfähig erklärt (UV act. 11). Im Austrittsbericht vom 22. Juli 2003 zuhanden des Hausarztes führten die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie aus, bei Eintritt habe der Patient keine motorischen Ausfälle der unteren Extremitäten aufgewiesen, es habe eher eine diffuse Hypästhesie (Überempfindlichkeit) im linken Bein bestanden. Computertomographisch habe sich eine Diskushernie L4/5 links mit Beeinträchtigung der entsprechenden Nervenwurzel gezeigt. Unter der begonnenen konservativen Therapie sei die Schmerzsymptomatik regredient, wenngleich nicht vollständig verschwunden. Seitens der Thoraxschmerzen hätten kardiologische, gastro-enterologische und internistische Abklärungen keine pathologischen Befunde ergeben. Die Schmerzen seien im Verlauf ebenfalls leicht regredient gewesen. Am ehesten handle es sich dabei um ein muskulo-skelettales Problem (UV act. 16). Mit Schreiben vom 3. September 2003 anerkannte die Swica ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggelder).



A.b Nach einem stationären Aufenthalt vom 28. August bis 17. September 2003 in der Klinik Valens nahm der Versicherte am 15. Oktober 2003 die Arbeit zu 50% und ab dem 1. Januar 2004 zu 80% wieder auf. Weil er damit über die Belastungsgrenze kam, reduzierte er seine Arbeitstätigkeit ab dem 1. März 2004 auf 70%, was er in der Folge auch beibehalten konnte. Nach einer internen Abklärung der Verhältnisse (UV act. 43) beauftragte die Swica am 15. Juni 2004 die MEDAS Ostschweiz mit einer medizinischen Begutachtung des Versicherten. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Allgemeine Medizin FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin (Hauptgutachter), hielten im Gutachten vom 17. Dezember 2004 (UV act. 58) als Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) ein leichtes sensibles lumboradikuläres Residualsyndrom L5 links (ICD-10 M 51.2) sowie ein persistierendes thorako-spondylogenes Syndrom (ICD-10 M 42.1), beide bei Status nach Verhebetrauma am 28. Juni 2003 sowie als Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) eine psychische Komponente bei einem körperlich bedingten chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F 54) in Form ausgesprochener Zukunftsangst, insbesondere bezüglich Arbeitsplatzverlust und gesundheitlicher Verschlechterung, Tendomyosen im linken Schultergürtel nach posttraumatischer PHS tendomyotica nach Sturz vom 28.06.2003 sowie postspezifische Veränderungen in beiden Lungenspitzen fest. Sie bezeichneten den Unfall vom 28. Juni 2003 als Mitursache der noch bestehenden Beschwerden und erachteten den status quo ante als noch nicht erreicht. In Tätigkeiten ohne Heben und Tragen schwerer Gewichte und ohne andere im Gutachten erwähnte Einschränkungen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auf Nachfrage der Swica bestätigten sie am 11. Januar 2005, dass aktuell körperlich bedingte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein im Vordergrund ständen. Die somatischen Gesundheitsstörungen seien dominierend und würden durch psychische Faktoren lediglich moduliert. Anfangs Dezember 2004 hat sich der Versicherte auch bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet.

A.c Nach einer weiteren, durch den Hausarzt veranlassten Untersuchung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Rheumatologie, erachtete die Swica im Februar 2006 eine multidisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch die Klinik Wilhelm Schulthess, Zürich, als wünschbar und erteilte einen entsprechenden Auftrag. Nachdem die



Gutachterstelle den Auftrag im Mai 2005 wegen Überlastung ihrer Orthopäden wieder zurückgegeben hatte, wurde der Gutachtauftrag neu an PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Trauma Zentrum Hirslanden, erteilt. Im Gutachten vom 19. September 2006 stellte dieser weitgehend die gleichen Diagnosen wie die MEDAS rund eineinhalb Jahre vorher, vertrat aber gleichzeitig die Auffassung, dass durch eine Operation bei den Diskushernien L4/5 und L5/S1 eine namhafte Besserung bezüglich der lumbalen Symptomatik mit den Ausstrahlungen ins linke Bein erreicht werden könnte. Aktuell erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 60% als angemessen (UV act. 114). Auf Nachfrage der Swica erachtete er einen operativen Eingriff als zumutbar und bezeichnete die Erfolgchancen einer Operation mit 80-90%; mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit könne gerechnet werden. (UV act. 121, 127).

B.

Mit Schreiben vom 22. März 2007 stellte die Swica dem Versicherten unter Bezugnahme auf das Gutachten D.\_\_\_\_ die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 30. Juni 2007 in Aussicht und gewährte ihm dazu das rechtliche Gehör. Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe mangels Erwerbsausfall nicht, hingegen bestehe ein Integritätsschaden von 30%, was eine Integritätsentschädigung von Fr. 32'040.-- ergebe. Aufgrund einer Stellungnahme der Rechtenschutzversicherung des Versicherten, in der unter Verweis auf einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Wirbelsäulenzentrum am Rosenberg, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes ohne Operation als möglich erachtet wurde, beauftragte die Swica PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, insbesondere Wirbelsäulen-Chirurgie, mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens über den Versicherten. Im Gutachten vom 25. September 2007 gelangte dieser zum Schluss, dass nach temporärer Verschlechterung des Vorzustandes durch die unfallähnliche Körperschädigung vom 28. Juni 2003 im Sinn eines temporären Mitauslösers der status quo sine spätestens nach 5 Jahren erreicht sei. Die nachher noch geklagten Beschwerden wären mit medizinisch überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis auf Grund des natürlichen Degenerationsverlaufs erklärbar und im Alltag unter der prätraumatisch geleisteten beruflichen Beanspruchung aufgetreten (UV act. 151 S. 26). Nach Einräumung des rechtlichen Gehörs verfügte die Swica am 5. Dezember 2007 den Fallabschluss per 30. Juni 2008. Bezüglich der Rückenbeschwerden sei dann der status quo sine erreicht



und die ebenfalls geltend gemachten Schulterbeschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 28. Juni 2003, sondern vorbestehend und degenerativer Natur (UV act. 155). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Swica mit Entscheid vom 4. Februar 2008 ab (UV act. 157).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die Beschwerde vom 6. März 2008 mit den Anträgen, der Entscheid vom 4. Februar 2008 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien über den 30. Juni 2008 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere seien die Heilungskosten durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Eventualiter seien eine gesetzliche Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen und die Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente fortzuführen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, dass dieser immer noch an unfallbedingten Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden leide (G act. 1). Dazu wurde ein Ergänzungsgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ von der MEDAS Ostschweiz vom 22. Januar 2008 eingereicht, welches die Unfallkausalität im Bezug auf die Diskushernie L4/5 weiterhin bestätige (G act. 1.1 2). Weiter wird ausgeführt, dass Dr. F.\_\_\_\_ lediglich von einem kausal wenig geeigneten Ereignis spreche, ohne überhaupt den Unfallhergang zu schildern und ohne zu begründen, weshalb die Ausführungen im MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2004 nicht zutreffend seien. Auf sein Gutachten könne deshalb nicht abgestellt werden. Das aktuelle MEDAS-Gutachten gehe davon aus, dass mit Ausnahme des Segments L4/5 der status quo ante/sine grundsätzlich nach fünf Jahren erreicht sein werde. Dies sei beim Segment L4/5 nicht möglich, weil es sich um eine traumatisch ausgelöste Diskushernie mit Schädigung des Anulus fibrosus handle. Eine exakte Aufteilung des Unfallanteils und des unfallfremden Anteils sei aus medizinischer Sicht nicht möglich. Beim Zusammentreffen verschiedener Schadensursachen dürften die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt werden, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge des Unfalls sei. Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und Hinterlassenenrenten dürften ebenfalls nicht gekürzt werden, falls die Gesundheitsschädigung vor dem Unfall zu keiner Verminderung der



Erwerbsfähigkeit geführt habe. Dies sei vorliegend der Fall. Weil die Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang bis 30. Juni 2008 anerkannt habe, sei sie für das Dahinfallen desselben beweisbelastet. Nachdem sich die Experten in ihren Beurteilungen widersprüchen, sei das Dahinfallen jeglicher Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan. Schliesslich sei von einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Schulterbeschwerden auszugehen, weshalb die Beschwerdegegnerin auch diesbezüglich weiterhin leistungspflichtig sei.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 26. März 2008 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (G act. 3). Sie sei lediglich für den durch den Unfall verursachten Beschwerdeschub leistungspflichtig. Das MEDAS-Gutachten vom 22. Januar 2008 vermöge das Gutachten von Dr. F. \_\_\_ nicht zu entkräften, denn selbst wenn der status quo ante/sine für das Segment L4/5 nicht erreichbar sein sollte, könne an der Leistungseinstellung festgehalten werden, da 5 Jahre nach dem Unfallereignis auch diesbezüglich der Beschwerdeschub beendet sei. Mit Bezug auf die Schulterbeschwerden liege keine Unfallkausalität vor. Die seit 2002 bestehenden Beschwerden seien durch den prätraumatisch dokumentierten Vorzustand erklärt und durch das Unfallereignis nicht nachhaltig zu Schaden gekommen.

C.c Mit Replik vom 21. April 2008 hielt der Beschwerdeführer an seinem Standpunkt fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

Erwägungen:

1.

1.1 Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld), die sie im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juni 2004 erbracht hat, zu Recht auf den 30. Juni 2008 eingestellt hat. Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus die Ausrichtung von Rentenleistungen und einer Integritätsentschädigung beantragen lässt, kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden, da diese Leistungen nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bilden und



damit auch nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens sein können (vgl. BGE 125 V 413).

1.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1; 123 V 43 E. 2a, je mit Hinweisen). Wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch der Wegfall eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, der sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b in fine). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das



Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4).

1.3 Im Weiteren entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Wird hingegen die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall lediglich aktiviert, nicht aber verursacht, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Solange der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person auch Anspruch auf eine, u.U. auch operative Eingriffe mit einschliessende zweckgemässe Behandlung (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008 [8C\_326/2008]).

1.4 Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 11. April 2005 [U 354/04] E. 2.2 mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, a.a.O., E. 3.3).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 des Bundesgesetzes über den



Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen). Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, 1993 Nr. U 167 S. 95, RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Ob sie auch in Bezug auf die medizinischen Aussagen genügen bzw. zu überzeugen vermögen, bleibt im Einzelfall zu prüfen. Im Sinn der vorstehenden Ausführungen sind grundsätzlich auch ärztliche Beurteilungen von mit Bezug auf den zu prüfenden Schadenfall nicht als Fachspezialisten geltende Ärzte als Beweismittel anzuerkennen.

2.

Vorliegend ist zwischen den Parteien unbestritten, dass das Ereignis vom 28. Juni 2003 die unmittelbar danach aufgetretene Lumboischialgie mit verursacht hat und die Beschwerdegegnerin daher bis zum Erreichen des status quo sine und damit dem Wegfall einer Teilursächlichkeit für die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG grundsätzlich aufzukommen hat. Das selbst



dann noch, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008 i/S. L. 8C\_326/2008 E. 4 mit Hinweisen).

3.

3.1 Zu beantworten ist demnach die Frage des Zeitpunkts des Erreichens des status quo sine.

3.2 Dr. F.\_\_\_\_ geht in seinem Gutachten vom 25. September 2007 davon aus, dass mit zunehmendem Abstand zum Unfallereignis die temporäre Verschlechterung des Vorzustands als ein Voranschreiten natürlicher degenerativer Abläufe zu deuten sei. Das Unfallereignis sei per se ungeeignet, eine plurifokale Multicrash-Problematik auszulösen, sondern habe im Bereich der degenerativen Krankheit zu einem Vorschreiten des zu erwartenden Beschwerdeverlaufs geführt. Er begründet dies damit, dass es an einer strukturellen Schädigung infolge des Unfalls fehle bei hingegen ausgewiesenen degenerativen Veränderungen in den entsprechenden Beschwerde-zonen. Ebenso seien keine neurologisch bleibenden radikulären Ausfallsymptome dokumentiert. Deshalb sei auf Grund des Ablaufs die temporäre Verschlechterung des Vorzustands auch bei äusserster Kulanz spätestens fünf Jahre posttraumatisch erreicht (UV act. 151 S. 26).

3.2.1 Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ haben in ihrem Ergänzungsgutachten vom 22. Januar 2008 zu den Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ Stellung genommen. Zur Frage der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall und der Gesundheitsstörung führen sie aus, dass nach aktuellem Wissensstand und allgemeiner Akzeptanz ein vorbestehender Bandscheibenschaden vorhanden sein müsse, um letztlich eine traumatisch bedingte Diskushernie auslösen zu können. Bezogen auf das Bewegungssegment L4/5 mit Auslösen der akuten Ischialgie links sei der Unfall vom 28. Juni 2003 eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache. Für die übrigen der von nachgewiesenen degenerativen Veränderungen betroffenen Bewegungselemente (L5/S1 sowie Th 7-9) träfen die biomechanischen Überlegungen, welche zur Annahme einer Teilursache geführt hätten, nicht in gleichem Mass zu. Der Unfall sei also Teilursache und Auslöser der damals im Vordergrund stehenden Lumboischialgie links mit – aus klinischer Sicht – temporärer



Verschlechterung eines symptomlosen Zustands. In diesem Sinn sei auch die Aussage von Dr. F.\_\_\_\_ zu verstehen, dass das Unfallereignis per se ungeeignet gewesen sei, eine plurifokale Multicrash-Problematik auszulösen. Der angegebenen grosszügigen Zeitlimite von maximal fünf Jahren könne zugestimmt werden, wobei auf das Bewegungssegment L4/5 bezogen festgehalten werden müsse, dass kein status quo ante dieser Bandscheibe erreicht werden könne, weil die Diskushernie mit Schädigung des Anulus fibrosus traumatisch ausgelöst worden sei. Dies belege die vertebrospinale Computertomographie am Tag nach dem Unfall, welche eine flachbogige, medio-linksseitig akzentuierte Diskushernie mit Kompression sowie Verlagerung der Nervenwurzel L5 links rezessal zeigte, was die unmittelbar nach dem Verhebetrauma aufgetretene Lumboischialgie links als Ausdruck eines lumboradikulären Reiz- (und bedingt) Ausfallsyndroms L5 erkläre. Rein degenerative Veränderungen ohne strukturelle Schädigung der entsprechenden Bandscheibe mit Diskushernie und bildgebend nachweisbarer Nervenwurzelkompression könnten die akut aufgetretenen Symptome nicht erklären. Die Frage des status quo sine könne auf Grund fehlender neuer bildgebender Verfahren zur Darstellung der morphologischen Struktur der Bandscheibe nicht abschliessend beurteilt werden. Anders als die morphologische Ebene sei die Symptomebene zu betrachten. Was die beschriebenen bildgebenden Veränderungen der übrigen Bewegungssegmente betreffe, könne das dadurch bewirkte klinische Spektrum sehr unterschiedlich sein und ohne einen nachweisbaren morphologischen Schaden subjektiv und klinisch vorhandene Symptome bewirken. In diesem Sinne sei, wie von Dr. F.\_\_\_\_ beantwortet, ein status quo sine betreffend die klinische Symptomatik grundsätzlich begründbar. Die Gewichtung dieser beiden Faktoren sei in Bezug auf das Bewegungssegment L4/5 in der Zeitachse unterschiedlich: Unmittelbar nach dem Unfall habe die morphologische Komponente (traumatisch mit verursachte Diskushernie) im Vordergrund gestanden, im Laufe der Zeit dann die symptomatische Komponente als Ausdruck degenerativer Veränderungen (G act. 1.1 2).

3.2.2 Röntgenaufnahmen vom 12. März 2007 der Orthopädie am Rosenberg zeigten ventrale Spondylosen mit inkompletter Spangenbergung Th8/9, Th9/10, weniger ausgeprägt Th7/8 und Th6/7 sowie eine laterale Spondylose Th7-9. Hinweise auf posttraumatische Veränderungen fehlten. Die Lendenlordose war im unteren Normbereich, der lumbosakrale Übergang symmetrisch angelegt und das



Illiosakralgelenk frei von produktiven Veränderungen (UV act. 136). Dr. F.\_\_\_\_ führte am 15. September 2007 eigene Röntgenaufnahmen durch. Er fand u.a. eine altersentsprechende Facettensklerose L4-S1 und eine altersentsprechende Höhenhaltung L4/5, L3/4 und L2/3 sowie eine Höhenminderung L5/S1 auf Grund einer Chondrose. Der Bildablauf zeige, dass es sich radiologisch um eine degenerative Diskopathie L4/5/S1 mit subligamentär kontinenten Protrusionen mediolateral L4/5 links und L5/S1 rechts handle, ohne dass posttraumatisch strukturellen Läsionen wie Sequesterbildungen im Bandscheibenbereich resp. Wirbelkörperkompressionen resp. reaktiv retrospondylophytären Reaktionen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule nachweisbar seien. Funktionsdynamisch finde sich eine relative Instabilität L4/5 auf degenerativer Grundlage bei im Bildablauf 2003/2007 fehlender evolutiv chondrotischer Entwicklung L4/5 bei vorbestehender mässiger Chondrose L5/S1 (UV act. 151 S. 20 f.).

3.3 Wie diese Ausführungen zeigen, schliessen sich die MEDAS-Ärzte der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ grundsätzlich an, indem sie ebenfalls von einer temporären Verschlechterung eines symptomlosen Zustands ausgehen und dem Erreichen eines status quo sine des ganzen Beschwerdekomples nach 5 Jahren grundsätzlich zustimmen. Sie bringen hinsichtlich der einzelnen Bewegungssegmente lediglich Präzisierungen an, indem sie die biomechanische Wirkung auf die einzelnen Bewegungselemente untersucht haben. Ausserdem differenzieren sie klar zwischen morphologischer und symptomatischer Ebene. Ob aus morphologischer Sicht der Schaden an der Bandscheibe L4/5 den status quo sine erreicht hat, beantworten Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ nicht, weil es diesbezüglich an einer aktuellen kernspintomographischen Untersuchung fehle. Dr. F.\_\_\_\_ legt jedoch in seiner Beurteilung des Bildablaufs überzeugend dar, dass es an posttraumatischen strukturellen Läsionen fehle und das panvertebrale Beschwerdebild sich mit den radiologisch festgestellten degenerativen Befunden vereinbaren lasse. Insbesondere lassen auch die symptomatischen Beschwerden diesbezüglich keinen anderen Schluss zu, wie nachfolgend gezeigt wird. Von einer Rückweisung der Sache zwecks Vorname einer kernspintomographischen Untersuchung kann deshalb abgesehen werden (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 124 V 94 E. 4b; RKUV 2003 Nr. U 473 S. 50 E. 3.4).



3.4 Die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ überzeugt auch hinsichtlich der symptomatischen Ebene. Er fand bei der klinischen Untersuchung vom 15. September 2007 bei radikalär reizloser Situation seitengleich motorische Funktionen der oberen und unteren Extremitäten vor. Die Hypästhesie liess sich nicht einzelnen Segmenten zuordnen, waren doch Signale von S1 bis L2 fassbar (UV act. 151 S. 22). Bereits nach dem Unfall fanden sich keine motorischen Ausfälle der unteren Extremitäten (UV act. 16). Im Gegensatz zu den Befunden von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober und 5. November 2004 konnte Dr. F.\_\_\_\_ im Dermatome L5 am linken Unterschenkel keinen sensiblen Residualzustand mehr nachweisen (UV act. 58 S. 8). Die von Dr. D.\_\_\_\_ angeführte Diagnose eines lumboradikulären Schmerz- und Ausfallsyndroms links (UV act. 114 S. 3) sowie die von Dr. E.\_\_\_\_ am 30. April 2007 diagnostizierte Lumboischialgie (UV act. 140) konnten durch Dr. F.\_\_\_\_ nicht bestätigt werden. Dieser stellte die Diagnose eines panvertebralen Beschwerdebildes bei degenerativer Osteochondrose C5/6, degenerativer Spondylose mit vorbestehender Spangenbildung Th8/9 und Diskopathie Th9/10 und degenerativer Diskopathie L4/5/S1 mit protrusiver Raumforderung L4/5 links und L5/S1 rechts ohne radikuläres Ausfallmuster. Die im klinischen und radiologischen Befund aufscheinenden degenerativen Veränderungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule seien im Untersuchungszeitpunkt funktional recht gut kompensiert (UV act. 151 S. 23).

3.5 Anlässlich der Untersuchung vom 15. September 2007 durch Dr. F.\_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer über Kreuzschmerzen morgens beim Aufstehen sowie Krämpfe in den Beinen. Er nehme jeden Tag Medikamente ein. Sitzen sei beschwerdefrei möglich, jedoch verspüre er beim Aufstehen ein schweres Gefühl im Kreuz. Während der Arbeit komme es vor allem zu Verspannungen im Rücken, hauptsächlich in der Brustwirbelsäule (BWS), im Nacken und in den Schultern. Lediglich bei schwerem Lastenheben verspüre er etwas Signale lumbal. Ameisenlaufen komme im Alltag nicht mehr vor, selten noch etwas Kribbeln nachts. Nach dem Tagwerk fühle er sich allgemein besser beweglich als am Morgen. Die Nachtruhe werde nach schwerer Arbeit wegen Krämpfen am ganzen Körper gestört, was er jedoch mit einem Medikament lindern könne. Nach der Arbeit gehe er oft zur Gruppen-Wassergymnastik und übe täglich nach dem Nachtessen mit Gummibändern (UV act. 151 S. 15). Dr. F.\_\_\_\_ beschreibt die angegebenen Beschwerden als nachvollziehbar und glaubhaft. Der Beschwerdeführer habe auf Grund seiner positiven Grundeinstellung und seines



ehrlichen Charakters dazu beigetragen, aus seiner Arbeitssituation das Beste zu machen und einen Leistungswillen im bestmöglichen Ausmass bewiesen (UV act. 151 S. 25).

3.6 Die geschilderten Beschwerden zeigen auf, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an Schmerzen leidet, auch bezogen auf die Lendenwirbelsäule, ohne dass die Beschwerden jedoch einem einzelnen Bewegungssegment, insbesondere der durch den Unfall mit verursachten Diskushernie L4/5, klar zugeordnet werden können. Auf der Höhe L5/S1 konnte schon in der Kernspintomographie vom 4. März 2004 eine fortgeschrittene Diskusdegeneration mit leichter Spondylarthrose sowie medianer und medio-rechts-rezessaler bis foraminaler flachbogiger Diskushernie mit minimaler Verlagerung der Nervenwurzel S1 rechts und ohne Kompression der Nervenwurzel L5 rechts festgestellt werden (UV act. 34). Auch diese könnte die geklagten lumbalen Schmerzen verursachen. Eine Lumboischialgie konnte durch Dr. F.\_\_\_\_ nicht mehr diagnostiziert werden. Vielmehr konnte von einem relativ stabilen Zustand ausgegangen werden. Dr. F.\_\_\_\_ sowie die Dres. B.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ gehen übereinstimmend davon aus, dass der Unfall eine vorübergehende Verschlechterung eines symptomlosen Zustands verursacht hat. Dass die durch das Ereignis vom Juni 2003 betroffene Diskushernie L4/5 nach wie vor eine relevante Teilursache der heutigen Beschwerden darstellt, erscheint beim aktuellen symptomatischen Beschwerdebild als nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Fachärzte sind sich vielmehr darin einig, dass spätestens nach fünf Jahren der status quo sine eingetreten ist. Ihre Differenz bezieht sich in eher theoretischer Hinsicht auf die konkreten Auswirkungen des Unfallereignisses auf die Wirbelsäule des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Unfallgeschehens. Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Beschwerdeschub bzw. die mit verursachte Diskushernie L4/5 während weit über den von der Rechtsprechung aufgrund der Erfahrung und dem medizinischen Wissensstand anerkannten Zeitraum hinaus anerkannt hat, kann von einer weitergehenden Beurteilung dieser Frage abgesehen werden.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass zwischen dem Unfall und den geklagten Schulterbeschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, weil



eine derart massive Durchtrennung der Supraspinatussehne den degenerativen Vorzustand unbedeutend erscheinen lasse. Dieser sei durch den Unfall verschlimmert worden, weshalb die Leistungspflicht des Unfallversicherers gegeben sei.

4.2 Anlässlich des Ereignisses vom 28. Juni 2003 stürzte der Beschwerdeführer offenbar auch auf die linke Schulter, weil sein linkes Bein angeblich wegen Kraftverlustes nachgegeben hatte. Das KSSG berichtete am 23. September 2003 über eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit der linken Schulter vor allem über dem Acromioclaviculargelenk (Schultergelenk) sowie links brustkorbwärts. Eine Diagnose hinsichtlich der Schulterschmerzen wurde indessen nicht gestellt (UV act. 11). Diese besserten denn auch während des stationären Aufenthalts in Valens (UV act. 43). I.\_\_\_\_, Physiotherapie, Klinik Valens, äusserte im Austrittsbericht vom 22. September 2003 für den Fall, dass die Schulterbeschwerden nicht bessern würden, den Verdacht einer Rotatorenmanschettenläsion bei vorbestehender Periarthritis humeroscapularis beidseits. Im Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin Rheumatologie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Abteilungsarzt, vom 20. Oktober 2003 wurde eine Periarthritis humeroscapularis tendinopathica beidseits diagnostiziert, ohne die Verdachtsdiagnose zu erwähnen (UV act. 29). Bei der Untersuchung durch die MEDAS Ostschweiz vom 25. Oktober und 5. November 2004 zeigte sich lediglich ein leicht schmerzhafter Infraspinatus-Muskel, ohne Auslösen einer referred-pain-Symptomatik. Der Beschwerdeführer beklagte in dieser Untersuchung auch keine Schulterbeschwerden (UV act. 58 S. 8 und 3). Als Diagnose wurden Tendomyosen (Muskelrheuma) des linken Schultergürtels nach posttraumatischer Periarthritis humeroscapularis tendomyotica nach Sturz vom 28. Juni 2003 angeführt (UV act. 58 S. 12). Gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ erwähnte der Beschwerdeführer am 16. Dezember 2005 neben den Wirbelsäulenbeschwerden Schultergelenkschmerzen mehr rechts als links. Diese seien initial aufgetreten im Anschluss an das Verhebetrauma. Bei späterer Befragung gab der Beschwerdeführer an, dass die Beschwerden schon vorbestehend seien. Dr. C.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer Fibromyalgie (Weichteilrheuma), welche sich generalisiert habe (UV act. 85 S. 2). Ein Impingementsyndrom der linken Schulter fand sich erstmals anlässlich der Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ am 19. September 2006, weshalb sich erneut der Verdacht einer Rotatorenmanschettenläsion ergab (UV act. 114 S. 2). Die MRI-Untersuchung vom 6. Dezember 2006 zeigte dann einen 10 mm grossen durchgehenden Riss der Supraspinatussehne (UV act. 125). Dr. F.\_\_\_\_ fand im Bereich



des Schultergürtels eine endständig eingeschränkte Beweglichkeit bei prätraumatisch dokumentierbar vorbestehender Periarthritis humeroscapularis beidseits. Die seit 2002 bestehenden Schulterbeschwerden seien auf Grund der Periarthritis humeroscapularis mit Rotatorenmanschettenirritation und Subacromialisläsion erklärt, welche als prätraumatisch dokumentierter Vorzustand durch das Unfallereignis nicht nachhaltig zu Schaden gekommen seien (UV act. 151 S. 22 und 24).

4.3 Es ist nicht bestritten, dass die Schulterbeschwerden beidseits vorbestehend sind. Die im vorliegenden Fall zur Diskussion stehende Rotatorenmanschettenläsion kann praxisgemäss unter die in Art. 9 Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) aufgeführten Sehnenrisse subsumiert werden (BGE 123 V 44; RKUV 2002 Nr. U 469 S. 525 E. 2). Dabei schliesst ein degenerativer Vorzustand eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt. Es muss jedoch eine schädigende äussere Einwirkung wenigstens im Sinn eines Auslösfaktors zu den krankhaften oder degenerativen Ursachen hinzutreten, damit eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt (BGE 123 V 45 E. 2b mit Hinweisen).

4.4 Gegen das Vorliegen einer leistungsbegründenden unfallähnlichen Körperschädigung gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV spricht, dass nach dem Unfall lediglich durch die Physiotherapeutin in Valens der Verdacht einer Rotatorenmanschettenläsion geäussert wurde, dieser Verdacht sich aber nicht erhärtete. Die Schmerzen waren im Rahmen der Periarthritis humeroscapularis erklärbar und besserten während des Aufenthalts in Valens. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war durch die Wirbelsäulenbeschwerden begründet. Ein Impingementzeichen mit einem painful arc zeigte sich erstmals in der Untersuchung vom 19. September 2006. Erst danach konnte der Befund einer Supraspinatussehnenläsion erbracht werden. Schliesslich waren zwischenzeitlich die Schultergelenksschmerzen auf der rechten Seite stärker als links. Bei diesem Verlauf fehlt es an konkreten Anhaltspunkten, dass das Unfallereignis für die Schulterbeschwerden, welche nach ärztlicher Auffassung degenerativ bedingt sind, auch nur im Sinne eines auslösenden Faktors ursächlich war. Weil die für die geltend gemachte Körperschädigung typischen Beschwerden erst längere Zeit nach dem in Betracht fallenden Ereignis erstmals bzw. erneut aufgetreten sind, fehlt es an dem für



die Annahme einer unfallähnlichen Körperschädigung erforderlichen Nachweis der Kausalität (BGE 129 V 472). Die Beschwerdegegnerin hat eine Leistungspflicht hinsichtlich der Schulterbeschwerden deshalb zu Recht verneint.

5.

Was schliesslich die Rüge des Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an betrifft, dass auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, weil dieser den Unfallhergang nicht exakt schildere, sich nicht mit den Ergebnissen der vorangehenden Gutachten begründet auseinandersetze und ausserdem sein Gutachten im Widerspruch zur Beurteilung der MEDAS Ostschweiz stehe, erweist sich diese als unbegründet. Einerseits stimmten die MEDAS-Ärzte Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ dem Gutachter grundsätzlich in dessen Einschätzung zu und präzisierten seine Beurteilung lediglich bezogen auf die Diskushernie L4/5 zum Unfallzeitpunkt. Andererseits stützt sich das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ auf sämtliche Akten und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und begründet. Einer detaillierten Wiederholung des an sich unstreitigen Unfallhergangs bedurfte es nicht. Auf das Gutachten kann somit abgestellt werden.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.