



Fall-Nr.: UV 2009/105, UV 2009/106
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 07.04.2020
Entscheiddatum: 11.08.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2010

Art. 6 Abs. 1 UVG; Art. 4 ATSG: Anhaltspunkte gegen den geltend gemachten Sturz bzw. das Unfallereignis liegen keine vor. Auf die durch den behandelnden Arzt rückwirkend für 13 Tage vor der Erstkonsultation attestierte volle Arbeitsunfähigkeit kann jedoch nicht abgestellt werden. Während dieser Zeit sind keine Taggeldleistungen geschuldet (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2010, UV 2009/105 und UV 2009/106).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 11. August 2010

in Sachen

G.____,

Beschwerdeführer,

und

SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur

Beschwerdeführerin,

gegen



St.Galler Gerichte

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft, Steinengraben 41, 4003 Basel,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1963 geborene G.____ ist seit März 2008 als Selbständigerwerbender für die A.____ tätig und dabei freiwillig bei der Schweizerischen National-Versicherungs-Gesellschaft AG (Nationale Suisse) unfallversichert. Am 28. November 2008 sei er wegen Glatteis auf der Treppe ausgerutscht und auf die rechte Seite und den Rücken gestürzt (act. UM1). Der Versicherte konsultierte am 11. Dezember 2008 Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, der ihm vorerst ab dem Datum der Erstkonsultation und dann am 19. Dezember 2008 rückwirkend ab dem 28. November 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 0% attestierte (act. M1). Am 30. Dezember 2008 wurde der Versicherte im C.____ röntgenologisch untersucht. Die Bilder von Becken/Hüfte und rechtem Knie zeigten normale Befunde (act. M2).

A.b Die Nationale Suisse bestätigte den Eingang der Unfallmeldung des Versicherten (act. UM1) mit Schreiben vom 19. Januar 2009 (act. K1). Im Arztzeugnis UVG vom 2. Februar 2009 hielt Dr. B.____ als Diagnose eine LWS-Kontusion fest (act. M3). Am 9. März 2009 lehnte die Nationale Suisse ihre Leistungspflicht mit der Begründung ab, dass ein Unfallereignis nicht glaubhaft dargestellt worden und ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und den geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Mit Schreiben vom 29. März 2009 hielt der Versicherte daran fest, am Freitag, den 28. November 2008, einen Unfall erlitten zu haben. Am darauffolgenden Montag, den 1. Dezember 2008, habe er das Gesundheitszentrum telefonisch kontaktiert und einen Termin für den 11. Dezember 2008 erhalten (act. K7).



St.Galler Gerichte

A.c Die Nationale Suisse verfügte am 20. April 2009 eine Ablehnung ihrer Leistungspflicht für das Schadenereignis vom 28. November 2008 mit der Begründung, dass kein Unfall nach Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorliege. Zwischen dem möglichen Unfallereignis vom 28. November 2008 und den geltend gemachten Beschwerden sei der natürliche Kausalzusammenhang nicht gegeben (act. K8).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhoben der Versicherte sowie seine Krankenkasse, die SWICA Krankenversicherung AG, am 18. Mai 2009 bzw. 8. Juli 2009 Einsprache (act. K9, K13).

B.b Mit Schreiben vom 28. August 2009 teilte Dr. B.____ der Nationale Suisse mit, dass der Versicherte ihm am 11. Dezember 2008 einen Sturz vom 28. November 2008 geschildert habe. Auf Grund des Beschwerdeverlaufs unter nichtsteroidalen Antirheumatika habe er ihn vom 28. November 2008 bis 9. Januar 2009 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (act. M5).

B.c Mit Entscheid vom 30. September 2009 wies die Nationale Suisse die Einsprachen des Versicherten und der Krankenkasse ab (act. K18).

C.

C.a Am 27. Oktober 2009 erhob die SWICA und am 29. Oktober 2009 der Versicherte gegen den Einspracheentscheid vom 30. September 2009 Beschwerde mit den jeweiligen Anträgen, der Einspracheentscheid vom 30. September 2009 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die Folgen des Unfalls vom 28. November 2008 aufzukommen. Zur Begründung führte der Beschwerdeführer aus, dass er ohne den Unfall weder Schmerzen erlitten noch einen Arzt aufgesucht hätte, der ihn auf Grund seiner Befunde auch behandelt habe. Er habe sich jedoch erst nach dem Wochenende um einen Arzttermin bemüht, weil er nicht lebensgefährlich verletzt worden sei. Die Beschwerdeführerin hielt im Wesentlichen fest, dass es genüge, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder



St.Galler Gerichte

geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt habe und mithin eine Teilursache für eine gesundheitliche Störung darstelle. Bei einer Verschlimmerung eines Vorzustands obliege der Nachweis der nunmehr gänzlich fehlenden Auswirkungen des Unfalls, da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handle, dem Unfallversicherer. Vorliegend sei jedoch auf die Berichte des behandelnden Arztes abzustellen, der Unfallfolgen festgehalten habe.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin eine Vereinigung der Verfahren UV 2009/105 und UV 2009/106 sowie eine Abweisung beider Beschwerden, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

C.c Mit Schreiben vom 1. Dezember 2009 reichte der Beschwerdeführer eine Übersicht über die Behandlungseinträge des SWICA Gesundheitszentrums ein (act. G 6.2). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik.

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Die Beschwerdegegnerin beantragt die Vereinigung der Verfahren UV 2009/105 und UV 2009/106 betreffend ihren Einspracheentscheid vom 30. September 2009. Da beiden Verfahren derselbe Sachverhalt zu Grunde liegt, sich die gleichen Rechtsfragen stellen und die Rechtsmittel den nämlichen Einspracheentscheid betreffen, rechtfertigt es sich, die Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. BGE 128 V 124 E. 1 und 128 V 192 E. 1, je mit Hinweisen).

2.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die geltend gemachten Schmerzen im unteren Rücken und rechten Bein bzw. Knie auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden können und die Beschwerdegegnerin dafür leistungspflichtig ist.



3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ein äusserer Faktor ist aussergewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (RKUV 2000 Nr. U 368 S. 99 E. 2b mit Hinweisen; BGE 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen). Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann nach Lehre und Rechtsprechung auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. So kann der Körper als Ganzes in Bewegung kommen, indem er - z.B. bei einem Sturz - auf harter Unterlage aufschlägt und Schaden nimmt. Der äussere und der ungewöhnliche Faktor sind hier ohne weiteres gegeben.

3.2 Im Unfallversicherungsrecht herrscht, wie allgemein im Sozialversicherungsrecht, der Untersuchungsgrundsatz. Der Unfallversicherer und im Streitfall das Gericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln. Allerdings ist die leistungsansprechende Person gesetzlich verpflichtet, dabei mitzuwirken. Sie muss die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers (BGE 114 V 305 E. 5b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang kann praxisgemäss auf die Beweismaxime abgestellt werden, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher



oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Lauf der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 21). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (BGE 117 V 360 E 4a mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel kommt zur Anwendung, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes kein wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden kann (BGE 114 V 305 E. 2b). Wird also auf dem Weg der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosse Möglichkeit genügt nicht (Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) - so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten derjenigen Person auswirkt, welche Anspruch auf Versicherungsleistungen erhebt.

4.

4.1 In tatsächlicher Hinsicht steht fest, dass der Beschwerdeführer Dr. B.____ am 11. Dezember 2008 im SWICA Gesundheitszentrum wegen lumbalen Schmerzen aufsuchte (act. M1, M3, M4, act. G 6.2 S. 2 f.). Auf Grund dieser Konsultation attestierte Dr. B.____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 0% "gültig ab 11. Dezember 2008 - 19. Dezember 2008". Am 19. Dezember 2008 erfolgte eine weitere Konsultation bei Dr. B.____, der dieses Mal im Formular "Einfaches Arztzeugnis" eine Arbeitsunfähigkeit gültig "seit 28. November 2008" bestätigte (act. M1). Weitere Konsultationen im Gesundheitszentrum erfolgten am 19., 22., 24. und 29. Dezember 2008 (Eintrag für den 29. wohl erst am 30. Dezember 2008 erfolgt) sowie am 5. und 9. Januar 2009, wobei diejenigen vom 22., 24. und 29. Dezember 2008 bei einem ärztlichen Stellvertreter von Dr. B.____ stattfanden (act. M1, act. G 6.2). In der Unfallmeldung von Mitte Januar 2009 machte der Beschwerdeführer geltend, dass er



am Freitag, den 28. November 2008, als er die Treppe hinunter und zur Arbeit gehen wollte, gestolpert bzw. gestürzt und auf die rechte Seite gefallen sei und den Rücken und (die) Beine verletzt habe. Auf der Treppe habe es Eis gehabt (act. UM1). Mit Schreiben vom 29. März 2009 erklärte er, da es auf das Wochenende zugegangen sei, sei er zu Hause geblieben und habe gehofft, dass die Schmerzen vergehen würden. Am folgenden Montag habe er beim Gesundheitszentrum telefonisch um einen Behandlungstermin gebeten. Diesen habe man ihm für den 11. Dezember 2008 mit der Aufforderung gegeben, sich sofort zu melden, falls sich der Gesundheitszustand extrem verschlechtern würde (act. K7). Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht abgelehnt hatte, machte er in der Einsprache vom 18. Mai 2009 in Abweichung zur früheren Aussage geltend, dass er das Gesundheitszentrum nicht telefonisch kontaktiert, sondern es am 1. Dezember 2008 direkt aufgesucht und dort Schmerztabletten erhalten habe. Am 11. Dezember 2008 habe er eine Nachkontrolle bei Dr. B.____ gehabt, da die Schmerzen nicht aufgehört hätten (act. K9). Auch in der Beschwerde hält der Beschwerdeführer daran fest, dass er am Montag nach dem Unfallereignis beschlossen habe, den Arzt aufzusuchen und sich behandeln zu lassen. Welcher Arzt oder welche Ärztin ihn jedoch dabei behandelt und ihm die Schmerztabletten verschrieben haben soll, gab er nicht an. Dem Auszug der Beschwerdeführerin über die Behandlungseinträge, auf welchem die Konsultationen ab 11. Dezember 2008 bis 28. August 2009 vermerkt sind, ist vor dem 11. Dezember 2008 keine Behandlung des Beschwerdeführers im Gesundheitszentrum und auch keine Verschreibung eines Schmerzmittels zu entnehmen. Vielmehr hielt Dr. B.____ als Behandlungseintrag am 11. Dezember 2008 "bisher keine NSAR" fest (act. G 6.2; vgl. ausführliche Definition unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Nichtsteroidales_Antirheumatikum, Abfrage vom 24. August 2010; zusammengefasst steht NSAR [nichtsteroidale Antirheumatika] für eine Gruppe entzündungshemmender Schmerzmittel), was wohl bedeutet, dass dem Beschwerdeführer - jedenfalls vom Gesundheitszentrum - noch keine der normalerweise eingesetzten Schmerzmittel verschrieben worden waren.

4.2 Obleich der Beschwerdeführer somit - wie er behauptet - ab dem 28. November 2008 wegen starker Schmerzen im Lumbalbereich vollständig arbeitsunfähig gewesen sein will, suchte er erst 13 Tage nach dem geltend gemachten Ereignis einen Arzt auf. Hätte er tatsächlich bereits vorher das Gesundheitszentrum aufgesucht, müsste dies



im Computersystem der Beschwerdeführerin eingetragen oder zumindest in einem späteren Schreiben von Dr. B.____ vermerkt worden sein. Dr. B.____ hielt jedoch auch in den Arztzeugnissen vom 2. Februar 2009 (act. M3) und 20. März 2009 (act. M4) eine Erstbehandlung am 11. Dezember 2008 fest. Ein weiterer Widerspruch in der Schilderung des zeitlichen Ablaufs findet sich schliesslich in einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 13. März 2009 (act. K6). Gemäss dieser hat der Beschwerdeführer nach Erhalt der Leistungsablehnung während eines Telefongesprächs mit der zuständigen Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin behauptet, er hätte am 1. Dezember 2008 beim Gesundheitszentrum angerufen und einen Termin für den 5. Dezember 2008 erhalten. Für eine ärztliche Behandlung am 5. Dezember 2008 liegen jedoch ebenfalls keine Hinweise vor. Angesichts dieser Widersprüche vermögen die Schilderungen des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der ärztlichen Erstkonsultation sowie seiner Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitszentrum nicht zu überzeugen. Es ist daher auf Grund der Übersicht über die Behandlungseinträge davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach dem behaupteten Unfallereignis erstmals am 11. Dezember 2008 einen Arzt konsultiert hat.

4.3 Die Beschwerdeführerin führt die Rückenbeschwerden des Versicherten auf ein Ereignis zurück, wie es von diesem in der Unfallmeldung von Mitte Januar 2009 gegenüber der Beschwerdegegnerin beschrieben wurde. Der Beschwerdeführer sei auf der Treppe infolge von Eis gestürzt und dabei auf die rechte Seite gefallen. Dabei habe er sich am Rücken und dem rechten Bein verletzt (act. UM1). - Unstreitig ist, dass mit einem Sturz ein ungewöhnlicher äusserer Faktor auf den Körper einwirkt und das eben beschriebene Ereignis damit einen Unfalltatbestand im Sinn von Art. 4 ATSG darstellt. Der Hergang des angeblichen Ereignisses vom 28. November 2008 ist in den Akten weitere Male beschrieben. Im Behandlungseintrag des Gesundheitszentrums vom 11. Dezember 2008 steht der Vermerk, dass seit 28. November 2008 lumbale Schmerzen bestünden, nachdem der Beschwerdeführer ausgerutscht und auf die rechte Hüftseite gefallen sei (act. G 6.2 Seite 2). Auch im Arztzeugnis UVG vom 2. Februar 2009 gab Dr. B.____ an, der Beschwerdeführer sei am 28. November 2008 ausgerutscht und auf die rechte Hüfte sowie den Rücken gefallen (act. M3). Im Arztzeugnis vom 20. März 2009 bestätigte Dr. B.____ wiederum, dass der Beschwerdeführer am 28. November 2009 ausgerutscht und auf den Rücken gefallen sei. Deswegen habe ihn der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2008 konsultiert und



er die Diagnose einer LWS-Kontusion gestellt (act. M4). Mit Schreiben vom 28. August 2009 hielt Dr. B.____ fest, dass ihm der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2008 mitgeteilt habe, am 28. November 2008 ausgerutscht und auf den Rücken gefallen zu sein (act. M5). Hierzu ist festzuhalten, dass der Arzt in Bezug auf die Frage des Unfallhergangs eine Sachverhaltsfrage und keine medizinische Frage beantwortet und die diesbezüglichen ärztlichen Vermerke zwingend auf den Darstellungen des Patienten basieren. Die in diesem Sinn dargestellten Sachverhaltsschilderungen sind folglich als diejenigen des Beschwerdeführers zu betrachten. Dabei bestehen weder in der Schilderung des Unfallhergangs noch bezüglich des Datums Widersprüche. Auch sonst sind keine Hinweise gegen die Annahme eines solchen Unfallereignisses am 28. November 2008 ersichtlich. Nachdem auch Dr. B.____ offensichtlich ohne jeden Zweifel von einem Sturz des Beschwerdeführers ausging, ist seine Beurteilung vom 11. Dezember 2008 als "akutes lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach Sturz am 28. November 2008" (act. 6.2 S. 3) als klare Unfalldiagnose zu verstehen. Obgleich es gemäss Dr. B.____ keine klinischen Untersuchungen gibt, mit denen der genaue Zeitpunkt des Unfalls mit 100%iger Sicherheit festgelegt werden könnte (act. M5), spricht somit nichts gegen dieses Unfalldatum. Entsprechend ist von einem Unfalltatbestand im Sinn von Art. 4 ATSG als Folge eines Sturzes auf der Treppe am 28. November 2008 auszugehen, wofür die Beschwerdegegnerin grundsätzlich leistungspflichtig wird. Es bleibt nachfolgend jedoch zu prüfen, in welchem Ausmass diese Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den besagten Unfall besteht.

5.

5.1 Gemäss dem Behandlungseintrag vom 11. Dezember 2008 (14:59 Uhr) hielt Dr. B.____ als subjektiven Befund folgendes fest: "Seit 28. November 2008 lumbale Schmerzen, war ausgerutscht und auf rechte Hüftseite gefallen, keine Ausstrahlung ins Bein, aktuell schlimmer, bisher keine NSAR." Als objektiven Befund stellte er eine nach rechts verschobene Wirbelsäule (WS), eine DD (wohl "Druckdolenz" gemeint) der unteren LWS sowie eine leichte DD des ISG (Iliosakralgelenk) rechts fest. Seine Beurteilung lief auf ein akutes lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach Sturz am 28. November 2008 hinaus. In der Sprechstunde vom 19. Dezember 2008 hielt Dr. B.____ ein akutes lumbovertebrales Syndrom in Remission fest. Am 22. Dezember 2008 trug seine Stellvertreterin oder sein Stellvertreter im System unter dem Titel "Anamnese"



erstmalig aktuelle Schmerzen im rechten Bein, Hüfte und Knie rechts sowie auch Ruheschmerzen ein. Die LWS-Beweglichkeit und die Hüftuntersuchung waren normal, eine Knieuntersuchung unauffällig. Gemäss Behandlungseintrag vom 30. Dezember 2008 konnte die behandelnde Ärztin Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, keine Prellmarken ausmachen, die Gelenke seien frei beweglich, jedoch bestünden gemäss Anamnese bereits seit dem 28. November 2008 Schmerzen in der rechten Leiste und dem rechten Knie (act. G 6.2). Im Behandlungseintrag vom 5. Januar 2009 sowie im UVG-Arztzeugnis vom Februar 2009, also nach Durchführung der Röntgenuntersuchung vom 30. Dezember 2008, stellte Dr. B.____ schliesslich die Diagnose einer LWS-Kontusion (act. G 6.2, act. M3). Diese wurde dann gegenüber der Beschwerdegegnerin auch als Grund für die Arbeitsunfähigkeit angegeben. Demgegenüber wurde nicht geltend gemacht, dass auch die mittlerweile geklagten Beschwerden im rechten Knie - zu denen im Übrigen keine Diagnosen vorliegen - zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, weshalb sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

5.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass er seit Unfalleintritt vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Auf Grund des oben Gesagten sowie seinen widersprüchlichen Schilderungen in Bezug auf den zeitlichen Ablauf erscheint die Glaubwürdigkeit der nachträglich rückwirkend für die Dauer von dreizehn Tagen behaupteten Arbeitsunfähigkeit jedoch sehr fraglich. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Aussage durch nachträgliche versicherungsrechtliche Überlegungen beeinflusst wurde. Bei einem freiwillig versicherten Selbständigerwerbenden hätte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Rückenproblemen allein schon auf Grund der Schadenminderungspflicht einen früheren Arztbesuch erwarten lassen, konnte der Versicherte doch dadurch nicht nur seiner Arbeit nicht mehr nachgehen, sondern auch kein Einkommen mehr generieren. Vergleicht man die Situation mit einer versicherten Person in abhängiger Stellung, so hätte diese meist schon nach wenigen Tagen Arbeitsunfähigkeit (i.d.R. nach drei Tagen) ein Arztzeugnis vorzulegen gehabt. Mit solchen Bestimmungen soll einerseits in beweismässiger Hinsicht sichergestellt werden, dass ein Arzt die Arbeitsunfähigkeit echtzeitlich bestätigt, andererseits aber auch das Ziel einer schnellstmöglichen Genesung durch einen frühen Behandlungseinsatz verfolgt werden. Vorliegend hat es der Beschwerdeführer jedoch unterlassen, ein echtzeitiges ärztliches Zeugnis als



Nachweis für seine Arbeitsunfähigkeit zu beschaffen. Da die gesundheitlichen Folgen des Sturzes erstmals mit Eintrag von Dr. B.____ vom 11. Dezember 2008 in beweismässiger Hinsicht festgehalten wurden und eine Rückdatierung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit erst mit Zeugnis vom 19. Dezember 2008 erfolgte (act. M1), wobei die lumbalen Schmerzen gemäss dem Eintrag vom 11. Dezember zu diesem Zeitpunkt "aktuell schlimmer" geworden seien, ist für den Beginn der leistungsbegründenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf den 11. Dezember 2008 abzustellen. Der fehlende Beweis für die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit vom 28. November bis 10. Dezember 2008 führt entsprechend zu einem Entscheid zu Ungunsten des Beschwerdeführers, der aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ableiten wollte (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 21).

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 30. September 2009 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, für die Folgen des Unfallereignisses vom 28. November 2008 Heilungskosten und für den Zeitraum vom 11. Dezember 2008 bis 9. Januar 2009 Taggeldleistungen zu erbringen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerden wird der Einspracheentscheid vom 30. September 2009 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, für die Folgen des Unfallereignisses vom 28. November 2008 Heilungskosten und für den Zeitraum vom 11. Dezember 2008 bis 9. Januar 2009 Taggeldleistungen zu erbringen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.