



**Fall-Nr.:** UV 2010/31  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.03.2020  
**Entscheiddatum:** 28.02.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.02.2011**

**Art. 6 UVG: Diagnose einer Diskushernie nach Snowboardunfall mit nachfolgender Operation und anschliessendem Rezidiv. Rückweisung zu weiteren medizinische Abklärungen betreffend der Frage, ob das Rezidiv als unfallkausal zu betrachten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Februar 2011, UV 2010/31).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 28. Februar 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,  
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 8. Februar 2009 mit dem Snowboard in den Tiefschnee stürzte, sich mehrfach überschlug und beim Aufstehen Rückenschmerzen verspürte (Suva-act. 1, 7). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, bestätigte im Arztzeugnis vom 4. Juni 2009 eine Erstbehandlung am 9. Februar 2009 und diagnostizierte gestützt auf eine röntgenologische Untersuchung eine Diskushernie L5/S1. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde zunächst nicht attestiert (Suva-act. 2). Bei zunehmenden LWS-Beschwerden stellte sich der Versicherte am 30. März 2009 im Spital Walenstadt vor. Eine von diesem in Auftrag gegebene MRI-Untersuchung der LWS vom 3. April 2009 ergab eine fortgeschrittene Chondrose L5/S1, eine relativ voluminöse, linksseitig laterale, transligamentäre resp. sequestrierende Diskushernie L5/S1 mit leichter Impression des Duralschlauchs sowie einer langstreckigen rezessalen Kompression der linksseitigen S1-Wurzel (Suva-act. 3, 8). Ab 30. März 2009 hatte beim Versicherten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Suva-act. 1, 7). Ab 28. April 2009 wurde ihm wieder eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestätigt, worauf jedoch ab 19. Mai 2009 wieder eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit eintrat (Suva-act. 2, 7). Am 8. Juni 2009 wurde beim Versicherten in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) eine mikrochirurgische Nukleotomie L5/S1 links durchgeführt. Nachfolgend wurde ihm eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 10, 11, 12, 16). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 8. Februar 2009 Taggeldleistungen und kam für die Heilungskosten auf.

A.b Am 23. September 2009 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, statt. Dieser empfahl, den Versicherten für drei Monate zu einer medizinischen Trainingstherapie anzumelden. Anschliessend könne die unfallbedingte Behandlung voraussichtlich abgeschlossen werden. Der Versicherte sei als Polymechaniker ab 1. November 2009 voll arbeits- und vermittlungsfähig (Suva-act. 18). Gestützt auf diese Beurteilung teilte die Suva dem



## St.Galler Gerichte

Versicherten mit Schreiben vom 24. September 2009 mit, dass die Taggelderleistungen ab 1. November 2009 einstellt würden. Für die Kosten der noch notwendigen Behandlung werde sie bis 31. Dezember 2009 weiterhin aufkommen. Ab dem 1. Januar 2010 würden die Versicherungsleistungen wegen Erreichens des Status quo sine eingestellt (Suva-act. 21).

A.c Am 12. November 2009 berichtete der Versicherte der Suva telefonisch über stärkere Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen in die Beine und Arme sowie ein Kribbeln in beiden Gesässhälften (Suva-act. 22 [Dort sind zwar "Gesichtshälften" vermerkt; dabei muss es sich aber offensichtlich um einen Verschieb handeln.]). Eine gleichentags im KSSG durchgeführte Untersuchung ergab die Diagnose einer Radikulopathie S1 links bei Status nach Nukleotomie L5/S1 links vom 8. Juni 2009 bei medio lateraler Diskushernie (Suva-act. 23). Eine MRI-Untersuchung der LWS in der Radiologie vom 18. November 2009 zeigte sodann eine Rezidivhernie mit Kompression der linken S1-Wurzel. Im Übrigen liess sich im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 3. April 2009 keine richtungsweisende Befundänderung feststellen (Suva-act. 29).

A.d Nachdem die Suva die Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ mit der Frage unterbreitet hatte, ob die Suva für eine weitere Behandlung (voraussichtliche Operation) zuständig sei (Suva-act. 30), teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 2. Dezember 2009 mit, dass zwischen dem Ereignis vom 8. Februar 2009 und den gemeldeten Beschwerden an der LWS kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe. Es handle sich vielmehr um Krankheitsfolgen. Die Suva sei demzufolge nicht leistungspflichtig (Suva-act. 31).

A.e Mit Verfügung vom 13. Januar 2010 hielt die Suva an ihrer Leistungsablehnung fest (Suva-act. 34).

B.

Die gegen diese Verfügung vom Krankenversicherer des Versicherten (ÖKK) und von seinem Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Dr. iur. P. Sutter, Heiden, am 10. bzw. 11. Februar 2010 erhobenen Einsprachen (Suva-act. 38, 41) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. Februar 2010 ab.



C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 8. April 2010 Beschwerde erheben. Darin wird beantragt, der Einspracheentscheid sei aufzuheben. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus UVG weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik und Duplik vom 7. bzw. 21. September 2010 hielten die Parteien unverändert an ihren Anträgen fest.

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.

1.1 Am 8. Februar 2009 erlitt der Beschwerdeführer bei einem Snowboardunfall eine Rückenkontusion (Suva-act. 1, 3). Eine MRI-Untersuchung der LWS in der Radiologie vom 3. April 2009 zeigte bei ihm eine fortgeschrittene Chondrose sowie eine Diskushernie L5/S1 mit Kompression der linksseitigen S1-Wurzel (Suva-act. 8). Ab 30. März 2009 hatte beim Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Suva-act. 1, 7). Ab 28. April 2009 wurde ihm wieder eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestätigt, worauf ab 19. Mai 2009 wieder eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit eintrat (Suva-act. 2, 7). Am 8. Juni 2009 wurde die Diskushernie des Beschwerdeführers mit einer mikrochirurgischen linksseitigen Nukleotomie L5/S1 therapiert (Suva-act. 11). Postoperativ bestand eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Nachdem Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Untersuchungsbericht vom 23. September 2009 die unfallbedingte Behandlung nach einer dreimonatigen medizinischen



Trainingstherapie als voraussichtlich abgeschlossen betrachtete und dem Beschwerdeführer ab 1. November 2009 wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit als Polymechaniker attestierte (Suva-act. 18), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 24. September 2009 mit, dass die Taggelderleistungen per 1. November 2009 eingestellt und die Kosten der notwendigen Behandlung bis zum 31. Dezember 2009 übernommen würden. Ab 1. Januar 2010 würden die Versicherungsleistungen infolge Erreichens des Status quo sine eingestellt (Suva-act. 21). Am 12. November 2009 meldete der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin wieder stärkere Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlungen in Beine und Arme sowie ein Kribbeln in beiden Gesässhälften (Suva-act. 22). Eine kernspintomographische Untersuchung in der Radiologie Bad Ragaz vom 18. November 2009 zeigte eine kleine mediolateral linksseitige Rezidivhernie mit Kompression der linken S1-Wurzel (Suva-act. 29).

1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer für die am 12. November 2009 gemeldeten Rückenbeschwerden Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat bzw. ob diese in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 8. Februar 2009 stehen.

1.3 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend dar (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Zu ergänzen ist, dass der Unfallversicherer im Rahmen von Art. 6 Abs. 3 UVG für Schäden einzustehen hat, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass die behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen muss (BGE 118 V 286). Wie bei der erstmaligen Anmeldung eines Schadenfalls kann auch bei einer wegen Geltendmachung eines Rückfalls gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) erneuten Schadenmeldung eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann ausgelöst werden, wenn der Leistungsansprecher zwischen den (erneut) vorgebrachten Beschwerden und der (seinerzeit) beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung einen



natürlichen Kausalzusammenhang nachzuweisen vermag (BGE 129 V 181 E. 3.1, 118 V 296 f. E. 2c). Es handelt sich hierbei um eine leistungsbegründende Tatsache, bei deren Beweislosigkeit der Entscheid zu Lasten des Versicherten ausfällt (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). - Mit Verfügung vom 13. Januar 2010 stellte die Beschwerdegegnerin nicht die Einstellung von Versicherungsleistungen wegen Wegfalls der Kausalität in Bezug auf den Grundfall fest, sondern verneinte die Kausalität zwischen gemeldetem Rückfall und dem Unfall vom 8. Februar 2009. Nachdem der Beschwerdeführer jedoch im Zeitpunkt der Schadensmeldung vom 12. November 2009 erst seit rund zwei Wochen als 100% arbeitsfähig galt bzw. bis dahin Taggelder der Beschwerdegegnerin bezog, diese noch bis 31. Dezember 2009 für Heilbehandlungskosten aufkam und die schriftliche Mitteilung dazu erst rund zwei Monate vor der Schadensmeldung ergangen war, liegt jedoch verfahrensmässig grundsätzlich kein Rückfall vor. Vielmehr ist sinngemäss davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin am Inhalt ihres Schreibens vom 24. September 2009 bzw. an der Leistungseinstellung ab 1. November bzw. ab 31. Dezember 2009 festhielt und mithin das Fortdauern des Grundfalls zur Diskussion steht. Eben solches lässt sich auch aus ihrer Argumentation betreffend Status quo sine ableiten.

1.4 Diese verfahrensmässige Ausgangslage hat zur Folge, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). 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). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003 i/S S. [U 287/02], E. 4.4).

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 die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. E.\_\_\_\_ am 30. November 2009 (Suva-act. 30) erstellt wurde, ist gleichfalls nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von



persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371, E. 5b). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6).

2.

2.1 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien (vgl. zu diesem Begriff Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. S. 778 ff. und 878 ff.) bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Voraussetzung ist, dass das fragliche Ereignis 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. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005 i/S R. [U 163/05], E. 3.1, und vom 18. Februar 2002 i/S K. [U 459/00], E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17). Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, wenn und soweit also durch den Unfall eine Diskushernie früher oder beschleunigt zur Entwicklung gebracht wurde. Eine solche ist ausserdem nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrösserung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt. Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Bei einem Unfall ohne strukturelle Läsion am Achsenskelett ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen. Allgemein kann eine Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen, wobei es sich



aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung handelt. Die ausgelösten Beschwerden müssen innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Lendenwirbelsäulenbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben. Für spätere Rezidive hat die Unfallversicherung nur einzustehen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (E. Morscher, in: Bauer/Nigst [Hrsg.], Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 191; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45 ff.; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 52; Urteile des EVG vom 18. August 2000 i/S H. [U 4/00], E. 3b, und vom 3. März 2005 i/S W. [U 218/04], E. 6.1).

2.2 Aus der Zeit vor dem Unfallereignis vom 8. Februar 2009 liegen keine beweiskräftigen bildgebenden Unterlagen vor, welche den genauen Zeitpunkt der tatsächlichen Entstehung der anlässlich der MRI-Untersuchung vom 3. April 2009 festgestellten - zunächst allenfalls symptomlos vorhanden gewesenen - Diskushernie L5/S1 des Beschwerdeführers (Suva-act. 8) belegen würden. Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist jedoch zunächst - den in Erwägung 2.1 dargelegten medizinischen Erfahrungstatsachen folgend - eine direkt durch den Unfall verursachte Diskushernie bzw. ein die Bandscheiben schädigender Unfall. Eine besondere Schwere mit einer Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, ist in Bezug auf das Unfallereignis vom 8. Februar 2009 nicht erkennbar. Vielmehr erfolgte der Sturz offenbar im Tiefschnee und der Beschwerdeführer behauptet nicht, mit dem Rücken auf einem Stein angeschlagen zu haben, womit es an den äusseren Voraussetzungen für eine starke Stauchung oder sonstige schwere Krafteinwirkung auf den Rücken bzw. die LWS fehlt. Seinen Hausarzt suchte der Beschwerdeführer erst am Tag nach dem Unfall auf. Zudem ging er nach dem Unfall während sieben Wochen weiter seiner Arbeit nach, bis er am 30. März 2009 wegen zunehmender Beschwerden arbeitsunfähig geschrieben wurde (Suva-act. 1, 3, 7). Nach dem Unfall bestand damit keine direkt auf dieses Ereignis zurückführbare Arbeitsunfähigkeit. Erstmals anlässlich der Untersuchung im Spital Walenstadt vom 30. März 2009 ist sodann in den medizinischen Akten eine hinreichende radikuläre Symptomatik für eine Diskushernie erwähnt (Suva-act. 3). Hinzuweisen ist schliesslich auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer im Segment der Diskushernie unbestrittenermassen auch eine



vorbestehende degenerative fortgeschrittene Osteochondrose aufwies (Suva-act. 9). Bei der Osteochondrose handelt es sich um eine häufige im Rahmen des Degenerationsprozesses auftretende, also nicht traumatisch bedingte, Veränderung an der Wirbelsäule, die ein Vorstadium oder eine Begleiterscheinung einer Diskushernie bilden kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 848 ff., 878 ff.). Zusammen mit der laut Untersuchungsbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. September 2009 bestehenden Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Flachrücken und angedeuteter linkskonvexer thorakolumbaler Skoliose (Suva-act. 18) liegt damit im Bereich der LWS ein Zustand der Wirbelsäule vor, der insgesamt auf eine degenerative sowie anderweitige unfallfremde Problematik hinweist, die den medizinischen Erfahrungstatsachen folgend mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine durch den Unfall vom 8. Februar 2009 verursachte Diskushernie ausschliessen lässt. Ebenso ist demnach die richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestandenen Diskushernie bzw. eines vorbestandenen degenerativen Zustands zu verneinen. Die anlässlich der MRI-Untersuchung der LWS vom 3. April 2009 in der Radiologie Bad Ragaz erhobenen Befunde weisen nicht darauf hin, dass sich der degenerative Zustand der LWS im Zeitpunkt des Unfalls vom 8. Februar 2009 massiv verändert hätte (vgl. Suva-act. 8). Eine andere Schlussfolgerung wird letztlich auch in den medizinischen Akten nicht vertreten bzw. das Vorliegen der vorgenannten Wirkungen wird nirgends diskutiert. Insofern hält Dr. E.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 30. November 2009 überzeugend fest, dass die primäre Diskushernie durch den Unfall lediglich aktiviert, jedoch nicht verursacht worden sei (Suva-act. 30).

3.

3.1 Wie bereits erwähnt, kann ein Vorzustand durch einen Unfall auch ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung jedoch lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsion normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Dieser medizinische Erfahrungssatz darf, zumal er der herrschenden medizinischen Lehrmeinung entspricht, im Rahmen



des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002 i/S H. [U 60/02], E. 2.2, E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007 [U 357/06] i/S B., E. 4.5).

3.2 Auf eben dieser medizinischen Erfahrungstatsache basiert die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. November 2009, der den Status quo sine nach ca. sechs Monaten als erreicht erachtete (Suva-act. 30). Gestützt auf diese Beurteilung lehnte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht hinsichtlich der im November 2009 und damit rund zehn Monate nach dem Unfall geklagten Beschwerden im Bereich der LWS bzw. der am 18. November 2009 radiologisch festgestellten Rezidivhernie ab. - Im vorliegenden Fall ist jedoch zu beachten, dass der Rezidivhernie eine primäre Diskushernie vorausgegangen ist, welche von der Beschwerdegegnerin als (teil-)kausale Unfallfolge anerkannt wurde. Die Diskushernie wurde bekanntlich am 8. Juni 2009 operativ therapiert (Suva-act. 11). Die Beschwerdegegnerin ist nicht nur für die von den Operationskosten unabhängigen Heilungskosten aufgekommen und hat während der Arbeitsunfähigkeit Taggelder geleistet, sondern hat auch die Operationskosten übernommen. In Anbetracht der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach die unmittelbar mit der Operation einer Diskushernie verbundenen Kosten nicht unter die Leistungspflicht des Unfallversicherers fallen, da dieser Eingriff der Behebung der Ursache selbst gedient hat (vgl. Urteil des EVG vom 20. September 2001 i/S. A. [U 379/00], E. 6c), erscheint die Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin grundsätzlich eher grosszügig. Angesichts dieser Ausgangslage kann nun aber nicht mehr von einer vorbestehenden stummen Bandscheibendegeneration ausgegangen werden. Vielmehr liegt hier ein durch die Operation vom 8. Juni 2009 grundsätzlich sanierter Zustand im Wirbelsäulensegment L5/S1 vor. Bei dieser Sachlage genügt die allein auf Erfahrungswerte abgestützte Beurteilung, wonach der Status quo sine bzw. ante nach spätestens sechs Monaten wieder erreicht worden sei, der Beweisanforderung der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Durch die Operation wurden bleibende Änderungen an der Wirbelsäulenstruktur vorgenommen, womit die Frage nach dem Status quo sine bzw. ante, welche den Zustand des Wirbelsäulensegments vor oder ohne den Unfall



einbezieht, nicht mehr als beweisende Rechtsfrage für die Leistungsablehnung gelten kann. Entscheidend ist vielmehr die Rechtsfrage, in welchem Zeitpunkt die Operationsfolgen als abgeheilt zu betrachten sind (vgl. dazu Art. 6 Abs. 3 UVG). Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ liefert keine Hinweise, die zur Beantwortung dieser Rechtsfrage beitragen könnten. Diesbezüglich kommt ihr keine Beweiskraft zu.

3.3 Der Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 21. Juli 2009 enthält die Aussage, dass der Beschwerdeführer bereits darüber aufgeklärt worden sei, dass bei ihm monosegmental eine deutliche Osteochondrose L5/S1 bestehe, die ihm im weiteren Verlauf Beschwerden verursachen könne (Suva-act. 14). Dass allfällige solche Beschwerden - wie von Dr. Knierim im ärztlichen Zwischenbericht vom 7. Oktober 2009 festgehalten - nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfall und der Operation gesehen werden könnten, erscheint nachvollziehbar. Dennoch ist mit der obgenannten Aussage ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die Folgen der Diskushernienoperation vollständig ausgeheilt bzw. die im November 2009 geklagten Beschwerden lediglich auf die Osteochondrose zurückzuführen sind. Immerhin brachte die kernspintomographische Untersuchung der LWS des Beschwerdeführers vom 18. November 2009 eine Rezidivhernie hervor, deren Ursache sowohl im Rahmen eines rein degenerativen Prozesses, aber auch in der allenfalls erfolglos operativ therapierten primären Diskushernie gesehen werden könnte. Dass die Bandscheibe L5/S1 im Zeitpunkt des Unfalls degenerative Veränderungen aufwies und damit wohl immer noch aufweist, ist unbestritten. Ebenfalls bekannt ist, dass eine chronische Wirbelsäulendegeneration ein laufender Prozess ist, der unmerklich schleichend, aber auch unvermittelt und schlagartig, kompliziert werden kann (Debrunner, a.a.O., S. 875). Allein diese Tatsachen vermögen indessen eine Kausalität der primären Diskushernie mit den ab November 2009 geltend gemachten zunehmenden Beschwerden nicht zu negieren. Vielmehr hätten sie im Rahmen der hier irrelevanten Beurteilung des Status quo sine bzw. ante ohne Wirbelsäulenoperation eine massgebende Rolle gespielt. Das Dahinfallen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist sodann auch angesichts des am 18. November 2009 erhobenen Seroms nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Das Serom stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Operationsfolge dar, welche für die Wurzelkompression und damit die Beschwerden mitverantwortlich ist.



3.4 Im Untersuchungsbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 21. Juli 2009 wurde sodann zwar festgehalten, dass der Beschwerdeführer über einen erfreulichen Verlauf berichtet habe. Die ausstrahlenden Schmerzen in das linke Bein seien vollständig verschwunden und Rückenschmerzen bestünden keine (Suva-act. 14). Bereits zwei Monate später hielt der Beschwerdeführer jedoch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 23. September 2009 gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass er zwar seit der Operation von Seiten der Beine schmerzfrei sei, ihn jedoch nach wie vor ein tiefer Kreuzschmerz plage, der vor allem bei grösserer Belastung auftrete. Entsprechend hielt der Kreisarzt in seinem Untersuchungsbericht fest, dass der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit von Seiten der Ischialgie beschwerdefrei geworden sei (siehe auch Suva-act. 20), jedoch noch unter einem lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom leide. Für dieses würden zwei Ursachen vorliegen: einerseits eine Fehlhaltung mit Überlastung und Degeneration der lumbo-sacralen Bandscheibe, andererseits eine unvollständige Rehabilitation der paravertebralen Muskulatur vor allem lumbal bei hochgewachsenem Patienten (Suva-act. 18). Unfallkausale Folgen wurden mithin von Dr. D.\_\_\_\_ nicht genannt. Andererseits muss aufgrund des Gesagten davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nach der Operation vom 8. Juni 2009 nur für kurze Zeit beschwerdefrei war. Die von ihm "neu" geklagten tiefen Kreuzschmerzen lassen sich sodann nicht von der ab November aufgetretenen und letztlich durch die Rezidivhernie verursachten Symptomatik (Suva-act. 30) abgrenzen (vgl. dazu Suva-act. 22, 23). Das Vorliegen einer Rezidivhernie war jedoch im Rahmen der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ noch kein Thema, weshalb seine Beurteilung nicht ohne weiteres schlüssig und umfassend erscheint. Die Frage nach der Ursächlichkeit der ab November 2009 geklagten Beschwerden erscheint schliesslich auch dadurch nicht abschliessend möglich, als der Kreisarzt die unfallbedingte Behandlung im Zeitpunkt der Diagnose der Rezidivhernie, d.h. am 18. November 2009, noch nicht als abgeschlossen erachtete und dem Beschwerdeführer erst kurz zuvor wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hatte.

3.5 Für die Feststellung medizinischer Sachverhalte ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen (vgl. BGE 118 V 290 E. 1b). Wie in Erwägung 3.2 - 3.4 dargelegt, standen jedoch der Beschwerdegegnerin keine rechtsgenügenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung, mittels welcher die Frage, ob die ab November 2009 geklagte Symptomatik im Bereich der LWS als Unfallfolge



bzw. als Folge der Diskushernienoperation vom 8. Juni 2009 zu betrachten ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beantworten wäre. Aufgrund der Beweislastverteilung obliegt es der Beschwerdegegnerin bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids anhand fachärztlicher Unterlagen zu belegen, ab welchem Zeitpunkt der Unfall jegliche Ursächlichkeit für die streitigen gesundheitlichen Leiden verloren hat (Urteil des EVG vom 3. Januar 2005 i/S K. [U 332/03], E. 2). Da die Beschwerdegegnerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen hat, dass dieser Gesundheitszustand im November 2009 erreicht war, ist die Sache zur Veranlassung der nötigen medizinischen Abklärungen und zur neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 26. Februar 2010 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Die Parteientschädigung ist angesichts des erforderlich gewesenenen eher unterdurchschnittlichen Aufwands pauschal auf Fr. 3'500.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung



ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.