



Fall-Nr.: UV 2013/53
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 26.05.2014
Entscheiddatum: 26.05.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 26.05.2014

Art. 6 UVG: Dahinfallen der natürlich kausalen Unfallfolgen bzw. Annahme eines vorübergehenden Beschwerdeschubs bei radiologisch objektivierter Diskushernie im Bereich der LWS (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2014, UV 2013/53).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Peter Wohnlich

Entscheid vom 26. Mai 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Petrik, schmuckipartner, Neugasse 26,
Postfach, 9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Tätigkeit als B.____ bei der Genossenschaft C.____ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 23. Januar 2013 durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden liess. Der Versicherte habe am 30. Mai 2009 zusammen mit einem Arbeitskollegen ein Gitterpalett, welches auf einem anderen Gitterpalett gestapelt gewesen sei, herunterheben wollen. Dabei sei dieses gekippt und gegen den Versicherten gefallen, wodurch sich dieser am Rücken verletzt habe (Suva-act. 1).

A.b Laut den hierauf von der Suva eingeholten medizinischen Akten, hatte sich der Versicherte noch am Tag des gemeldeten Ereignisses in die Zentrale Notfallaufnahme (nachfolgend: ZNA) des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) begeben, wo der diensthabende Arzt eine Lumbago diagnostizierte und dem Versicherten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. Mai bis 2. Juni 2009 attestierte (Suva-act. 14). Am 2. Juni 2009 konsultierte der Versicherte seinen Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, der laut Arztzeugnis UVG vom 7. März 2013 als Befunde einen total steifen Rücken und Myogelosen lumbal beidseits, jedoch keine Ausstrahlungen in die Beine, positive Patellar- (PSR) sowie Achillessehnenreflexe (ASR) und einen negativen Lasègue erhob. Unter der Rubrik "Angaben des Patienten" schrieb Dr. D.____: "Am 30. Mai 2009 habe er bei der Arbeit eine Gemüsekiste von ca. 10 kg gehoben und bekam einschliessende Schmerzen lumbal; notfallmässige Erstkonsultation auf ZNA KSSG." Der Hausarzt diagnostizierte eine Lumbago akuta, attestierte dem Versicherten vom 30. Mai bis 14. Juni 2009 eine 100%-ige und vom 15. bis 25. Juni 2009 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit und bestätigte einen Behandlungsabschluss am 25. Juni 2009 (Suva-act. 43/1). Die vorgenannten Arbeitsunfähigkeiten hatte Dr. D.____ am 18. Juni 2009 in einem einfachen Arztzeugnis als krankheitsbedingt bezeichnet und angefügt, dass der Versicherte nicht mehr als 20 kg heben solle (Suva-act. 31/2).



A.c Am 21. Mai 2012 stellte Dr. D.____ dem Versicherten ein ärztliches Zeugnis mit einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 22. Mai 2012 und einer solchen von 50% vom 23. Mai 2012 während ca. zwei Wochen wegen Krankheit mit dem Vermerk aus, dass der Versicherte in der nächsten Zeit nicht mehr als 15 kg heben dürfe (Suva-act. 31/3).

A.d Am 24. Juli 2012 wurde der Versicherte erneut in der ZNA des KSSG vorstellig. Er berichtete, seit vier (oder zwei) Wochen andauernde Schmerzen im Nacken rechts, in der Schulter rechts sowie im Oberarm rechts zu haben. Der Dienst habende Arzt diagnostizierte eine Cervicobrachialgie rechts (Suva-act. 15 f.). Eine im KSSG am 31. Juli 2012 durchgeführte MRI-Untersuchung brachte multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit diskogen bedingter präforaminaler und foraminaler Kompression der Nervenwurzel C6 beidseits, rechts betont hervor (Suva-act. 17). Wegen der wieder stärker gewordenen Cervicobrachialgie suchte der Versicherte am 3. und 24. August 2012 weitere Male die ZNA des KSSG auf. In den entsprechenden Untersuchungsberichten vom 9. August bzw. 12. September 2012 wurden als Diagnosen eine Radikulopathie vom Typ C5 rechts und eine CDH (zervikale Diskushernie) HWK (Halswirbelkörper) 5/6 rechts bzw. eine cervikale Diskushernie auf Höhe C5/6 mit/bei radikulärem Reizsyndrom vom Typ C6 rechts vermerkt. Beim Versicherten am 10. und 28. August 2012 durchgeführte periradikuläre Infiltrationen der Radix (Nervenwurzel) C6 rechts brachten keine Besserung des Beschwerdebildes, worauf ihm anlässlich einer ambulanten Untersuchung vom 10. September 2012 in der Neurochirurgie des KSSG zur anterioren zervikalen Diskektomie geraten und vorläufig bis zur definitiven Besprechung der Operationsindikation bis 16. September 2012 ein Attest für eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt wurde (Suva-act. 17 ff., Suva-act. 33).

A.e Am 1. Oktober 2012 trat der Versicherte stationär zur anterioren Diskektomie in die Neurochirurgie des KSSG ein. Nachdem er bei Eintritt über eine regrediente Radikulopathie berichtete, dafür neu eine Hemihypästhesie sowie eine armbetonte Hemiparese rechtsseitig beklagte und bei der kernspintomographischen Abklärung des Neurocraniums und der HWS vom 2. Oktober 2012 sowie der elektrophysiologischen Untersuchung vom 4. Oktober 2012 keine Erklärung für die neu aufgetretene



Symptomatik gefunden werden konnte, wurden konsiliarisch die Kollegen der Psychosomatik hinzugezogen. Diese diagnostizierten eine Konversionsstörung mit/bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine regrediente Radikulopathie bei zervikaler Diskushernie C5/6 rechts. Die zuvor gestellte Operationsindikation wurde sodann aus neurochirurgischer Sicht als nicht mehr gültig erklärt. Am 5. Oktober 2012 wurde der Versicherte aus dem KSSG entlassen und zur Weiterbetreuung Dr. D.____ zugewiesen (Suva-act. 20). Dieser attestierte dem Versicherten laut ärztlichem Zeugnis vom 6. November 2012 am 4. November 2012 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und vom 5. bis 30. November 2012 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 31/4).

A.f Am 15. November 2012 wurde der Versicherte erstmals durch Prof. E.____, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Dépôt des neurosciences cliniques, Service de neurologie - Policlinique, Lausanne, untersucht. Dr. E.____ bestätigte im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 16. November 2012 die Diagnose einer Wirbelkanalverengung C5-C6 rechts (Suva-act. 32). Am 20. Dezember 2012 sowie 24. Januar 2013 folgten weitere Untersuchungen durch Prof. E.____. Im Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2012 erklärte dieser, der Versicherte sei mit einem neuen Problem in die Sprechstunde gekommen und er sei mit der Diagnose von Dr. D.____, dass es sich um Schmerzen des Ischias-Nervs handle, einverstanden. Die Symptome liessen vermuten, dass es sich um eine Diskushernie links zwischen den Lendenwirbeln 4 und 5 oder zwischen dem Lendenwirbel 5 und dem Kreuzbein handle. Dafür spreche auch, dass der Achillessehnen-Reflex deutlich vermindert sei. Für das Problem mit der LWS habe er dem Versicherten ein Arztzeugnis mit dem Vorschlag eines 50%-Arbeitspensums ab 1. Januar 2013 und eines solchen von 100% ab Mitte Januar 2013 geschrieben (Suva-act. 11/1; vgl. dazu Suva-act. 10). Im Untersuchungsbericht vom 25. Dezember 2012 (richtig: 25. Januar 2013) erklärte Prof. E.____, das von ihm organisierte MRI zeige eine Diskushernie zwischen L5 und S1 links, die das Fehlen des Reflexes der Achillessehne und die weitere Symptomatik erkläre. Er bitte Dr. med. F.____, Rückenspezialist am CHUV, um seine Meinung zu einer allfälligen operativen Behandlung. Der Versicherte sei zurzeit sicher unfähig, körperliche Arbeit zu leisten (Suva-act. 11/2 f.; vgl. französisches Originaldokument [Suva-act. 11/4]). Dr. D.____ hatte dem Versicherten in einem ärztlichen Zeugnis vom 8. Januar 2013 wegen Krankheit eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Januar 2013 bis auf weiteres



attestiert (Suva-act. 31/5). In einem Schreiben vom 3. Februar 2013 an Prof. E.____ hielt er sodann fest, dass der Versicherte glaube, 2009 unter Unfallfolgen und nicht unter einer Krankheit gelitten zu haben. Er habe ihm jedoch bereits damals erklärt, dass es sich beim damaligen Krankenstand um eine Krankheit und nicht um einen Unfall gehandelt habe. Nach seiner Beurteilung sei es schwierig, das Bandscheibenleiden nun im Nachhinein als Unfall anerkennen zu lassen beim Versicherten am 2. Mai 2012 erneut eine akute Lumbago aufgetreten sei. Am 31. Mai 2012 habe dieser jedoch berichtet, dass es ihm viel besser gehe. Der Versicherte glaube, 2009 unter Unfallfolgen und nicht unter einer Krankheit gelitten zu haben. Er habe jedoch dem Versicherten bereits damals erklärt, dass es sich beim damaligen Krankenstand um eine Krankheit und nicht um einen Unfall gehandelt habe. Nach seiner Beurteilung sei es schwierig, das Bandscheibenleiden nun im Nachhinein als Unfall anerkennen zu lassen. Am 2. Mai 2012 sei beim Versicherten erneut eine akute Lumbago aufgetreten. Am 31. Mai 2012 habe dieser jedoch berichtet, dass es ihm viel besser gehe (Suva-act. 43/4 f.).

A.g Am 11. Februar 2013 wurde der Versicherte in der G.____-Klinik vorstellig. Die dortige neurologische Untersuchung ergab laut Bericht vom 12. Februar 2013 folgende Diagnosen: radikuläres Reiz- (Schmerz-) und sensibles Ausfallsyndrom S1 links mit/bei klinisch invalidisierenden Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Dermatom S1 links, Reflexabschwächung ASR links und positivem Lasègue-Zeichen sowie radiologisch (MR-LWS 24. Januar 2013) Diskushernie LWK5/SWK1 links; aktenanamnestisch eine zervikale Diskushernie HWK5/6 rechts (MRI-HWS, KSSG 31. Juli 2012), aktuell kein Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom an den Armen nachweisbar; Verdacht auf depressive Verstimmung bei chronischer Schmerzproblematik und psychosozialer Belastungssituation (Suva-act. 38).

A.h Am 13. Februar 2013 folgte eine ambulante Untersuchung in der Neurochirurgie des KSSG. Als Diagnose wurde eine chronische Lumboischialgie links mit/bei regredienter Cervicobrachialgie rechts sowie posttraumatischer Belastungsstörung vermerkt. Eine MRT-Untersuchung der LWS vom 10. Januar 2013 habe eine moderate degenerative Veränderung im Bereich sämtlicher Bewegungssegmente der LWS mit Schwerpunkt am lumbosacralen Bewegungssegment ergeben, wo sich ein dehydriertes Bandscheibenfach zeige. Durch eine mediane Diskusprotrusion komme es hier zu einer rezessalen Tangierung der Wurzel L1. Weiter zeige sich ein freier Austritt



St.Galler Gerichte

der Wurzel L5 durch die jeweiligen lumbosacralen Neuroforamen. Nicht sicher auszuschliessen sei eine isthmische Lyse LWK5 beidseits (Suva-act. 36).

A.i Am 21. Februar 2013 befragte die Suva den Versicherten zum Ereignis vom 30. Mai 2009 und zum Heilverlauf. Der Versicherte gab bei dieser Gelegenheit an, dass ihm die Arbeitgeberin per 28. Februar 2013 gekündigt habe (Suva-act. 27; vgl. auch Suva-act. 29).

A.j Gestützt auf eine kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. H.____ vom 1. März 2013 (Suva-act. 28) teilte die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 14. März 2013 mit, sie werde für die am 23. Januar 2013 gemeldeten Rückenbeschwerden als Folge des Ereignisses vom 30. Mai bis 30. November 2009 die Kosten der Heilbehandlungen übernehmen und Taggeldleistungen ausrichten. Da es gemäss kreisärztlicher Beurteilung durch den Unfall vom 30. Mai 2009 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Rückenbeschwerden gekommen sei, würden die Versicherungsleistungen per 1. Dezember 2009 wieder eingestellt (Suva-act. 45).

A.k Am 22. März 2013 wurde der Versicherte im CHUV durch Dr. F.____ an der LWS operiert (Suva-act. 51 f.).

B.

B.a Mit Eingabe vom 15. April 2013 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin/Mediatorin SAV L. Etter-Steinlin, St. Gallen, gegen die Verfügung vom 14. März 2013 Einsprache (Suva-act. 47). Die Suva holte daraufhin bei Dr. H.____ eine weitere Kausalitätsbeurteilung der Rückenbeschwerden ein (Suva-act. 54). Am 21. Mai 2013 reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten die Einsprachebegründung nach (Suva-act. 58).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 28. Juni 2013 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 64).

C.



St.Galler Gerichte

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Petrik, St. Gallen, mit Eingabe vom 2. September 2013 Beschwerde erheben mit dem Antrag, dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 26. September 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 15. November 2013 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinem Antrag fest (act. G 5).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers - das Vorliegen eines Unfalls (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen) - zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Während es Aufgabe des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, je mit Hinweisen).



1.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen).

1.3 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheimer Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen folglich begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).

1.4 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin 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). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. H.____ am 1. März 2013 (Suva-act. 28) und 24. April 2013 (Suva-act. 54) erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366 E. 5b).

1.5 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechterheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen und Spätfolgen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Selbstverständlich greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem



Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

1.6 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2013 (Suva-act. 64). Diesem liegt die Verfügung vom 14. März 2013 zu Grunde (Suva-act. 45), worin dem Beschwerdeführer eröffnet wurde, dass für die am 23. Januar 2013 als Folge des Ereignisses vom 30. Mai 2009 gemeldeten Rückenbeschwerden vom 30. Mai bis 30. November 2009 die Heilbehandlungskosten übernommen sowie Taggelderleistungen ausgerichtet würden. Infolge überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallens der Unfallkausalität würden die Versicherungsleistungen per 1. Dezember 2009 wieder eingestellt. - Mit der Verfügung vom 14. März 2013 hat die Beschwerdegegnerin mithin das Ereignis vom 30. Mai 2009 als Unfallereignis anerkannt, die anschliessend an den Unfall aufgetretenen Rückenbeschwerden als überwiegend wahrscheinlich kausal zum Ereignis vom 30. Mai 2009 beurteilt und entsprechend Leistungen für den Grundfall erbracht. Die verfügungsweise Einstellung der Leistungen wegen Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens per 30. November 2009 erfolgte in Bezug auf den Grundfall und dies formell richtig mit einer Verfügung (vgl. dazu Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Streitig ist, ob für Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeiten wegen Rückenbeschwerden über den 30. November 2009 hinaus eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht. Während der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hinsichtlich eines über das Datum der Leistungseinstellung hinaus gehenden Anspruchs auf Unfallversicherungsleistungen von einem fortdauernden Grundfall ausgeht, prüft die Beschwerdegegnerin einen weiteren Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Rückfalls.

1.7 Unbestritten ist, dass sowohl ein (fortdauernder) Grundfall als auch ein Rückfall an dasselbe (frühere) Unfallereignis - im konkreten Fall an das Ereignis vom 30. Mai 2009 - anschliessen. Selbst wenn ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers nach dem 30. November 2009 - wie von der Beschwerdegegnerin vertreten - als Rückfall zu



prüfen wäre, wäre also zunächst zu beurteilen, ob der Grundfall von der Beschwerdegegnerin zu Recht per 30. November 2009 abgeschlossen worden ist. Gilt es dies zu bejahen, steht ein Rückfall - zumindest im konkreten Fall, wo - wie sich zeigen wird - bezüglich der Rückenbeschwerden im lumbosakralen Übergang von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands und nicht von einem mit eindeutigen Brückensymptomen einhergehenden Diskushernienrezidiv auszugehen ist (vgl. nachfolgende Erwägung 4.4 ff.) - im Regelfall ohnehin nicht mehr bzw. nur noch unter bestimmten Voraussetzungen zur Diskussion (vgl. dazu Urteile des EVG vom 29. Oktober 2002, U 22/01, E. 5.1, und vom 23. April 2002, U 176/01, E. 3b). Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann jedoch im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen auch insofern offen bleiben, als die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, sich - wie bereits erwähnt - erst stellt, wenn es sich tatsächlich als unmöglich erweisen sollte, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Erwägung 1.5). Wie zu zeigen sein wird, trifft dies vorliegend nicht zu.

2.

2.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 14. März 2013 ihre Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 30. Mai 2009 grundsätzlich anerkannt und auch entsprechende Versicherungsleistungen (Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen) für den Grundfall erbracht hat, stellt sie in diesem Verfahren erstmals das Bestehen eines Unfallereignisses in Frage (act. G 3, Ziff. 5.1). Damit vermag sie an der in Erwägung 1.5 dargelegten diesbezüglich geltenden Beweislastverteilung bzw. an der im konkreten Fall bei ihr selbst liegenden Beweislast nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren gilt es die Frage nach der Richtigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen.

2.2 Art. 4 ATSG umschreibt als Unfall 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. Damit ein Ereignis als Unfall angesehen werden kann, müssen notwendigerweise alle Begriffsmerkmale der Definition dieses Unfallbegriffs vorliegen. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit bezieht sich 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 selbst allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog (BGE 112 V 202 E. 1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, 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). Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen (RKUV 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176 f.). Bei einer solchen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat, was beispielsweise dann zutrifft, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b, 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4d; A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 40 f.; Maurer, a.a.O., S. 176 f.). Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Immerhin unterliegt der Nachweis eines Unfalls bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, insofern strengen Anforderungen, als die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt werden muss; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (RKUV 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4d). Die Rechtsprechung bejaht das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors ausserdem dann, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer gelegentlich als Verhebetrauma bezeichneten Schädigung führt. Es muss jedoch von



Fall zu Fall geprüft werden, ob die Anstrengung im Hinblick auf Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person ausserordentlich war (vgl. BGE 116 V 136 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2).

2.3 Die leistungsansprechende Person muss die Umstände des Unfalls glaubhaft machen. Kommt sie dieser Aufforderung 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 f. E. 5b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei sich widersprechenden Aussagen 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 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. Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; RKUV 1986 Nr. U 9 S. 347 E. 3 mit Hinweisen).

2.4 Laut Bericht der ZNA des KSSG vom 30. Mai 2009 hatte der Beschwerdeführer nach Heben einer schweren Last am selben Morgen Rückenschmerzen (Suva-act. 14/2 f.). Anlässlich der ersten Konsultation von Dr. D.____ am 2. Juni 2009 hielt dieser zum Unfallgeschehen fest, der Beschwerdeführer habe am 30. Mai 2009 bei der Arbeit eine Gemüsebox von ca. 10 kg gehoben und dabei einen einschliessenden Schmerz lumbal verspürt (Suva-act. 43/1). Gemäss Schadenmeldung UVG vom 23. Januar 2013 wollte der Beschwerdeführer am 30. Mai 2009 zusammen mit einem Arbeitskollegen ein Gitterpalett, welches auf einem anderen Gitterpalett gestapelt gewesen sei, herunterheben. Dabei sei dieses gekippt und gegen ihn gefallen (Suva-act. 1). Anlässlich eines Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2013 protokollierte der Aussendienstmitarbeiter der Suva die Aussagen des Beschwerdeführers zum Ereignis vom 30. Mai 2009 folgendermassen: Er habe mit einem Arbeitskollegen versucht, ein Palett umzustapeln. Es hätten zwei Palette aufeinander gestanden. Sie hätten die obere Kiste auf der Höhe von ca. 1 Meter



herunterheben wollen. Das Gewicht der vollen Kiste habe ca. 80 bis 100 kg betragen. Beim Heben sei der Kollege ausgerutscht. Dadurch sei die Kiste auf ihn zugekommen. Gleichzeitig sei er nach hinten gedrückt worden, wo ein weiteres Palett gestanden habe. Mit dem Gesäss sei er an dieses geprallt. In diesem Moment habe er versucht, die Kiste mit beiden Händen zu stoppen, wobei er einen Zwick im Rücken gespürt habe. Sein Kollege habe die Kiste, die durch seinen Brustkorb gestützt worden sei, geleert und sie dann mit dem Palett zurückgezogen (Suva-act. 27). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bringt schliesslich vor, es sei von einem Gesamtgewicht der beladenen Palette von 80 bis 90 kg und nicht von einer gehobenen Last von (lediglich) ca. 10 kg auszugehen (act. G 1, Ziff. 18).

2.5 Damit beurteilt werden kann, ob das Ereignis vom 30. Mai 2009 einen Unfall im Rechtssinn darstellt, ist der Sachverhalt festzulegen, wie sich das Geschehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ereignet hat. In Anbetracht der in Erwägung 2.4 angeführten Ereignisschilderungen ist festzustellen, dass darin grundsätzlich Vorgänge eines Verhebetraumas und einer unkoordinierten Bewegung (vgl. dazu Erwägung 2.2) beschrieben sind. Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin ist in den echtzeitlichen Akten nur von einem gewöhnlichen Heben von Waren, d.h. vom Anheben einer ca. 10 kg schweren Gemüsebox, auszugehen.

2.6 Wie in Erwägung 2.3 erwähnt, hat die leistungsansprechende bzw. versicherte Person bei der Sachverhaltserhebung mitzuwirken bzw. die Umstände des Unfalls glaubhaft zu machen. Weil sie vom Unfall direkt betroffen ist und damit im Regelfall die konkreten Umstände am besten kennt, kommt ihren eigenen Angaben bzw. ihrer Ereignisschilderung bei der Beweiserhebung die zentrale Bedeutung zu. Dabei ist für die Glaubhaftigkeit des geltend gemachten Sachverhalts entscheidend, dass die wesentlichen Sachverhaltselemente - insbesondere auf konkrete Nachfrage hin - erwähnt werden, und die bei verschiedenen Gelegenheiten abgegebenen Sachverhaltsschilderungen in den massgeblichen Punkten übereinstimmen. Als von der Beschwerdegegnerin nachgefragte, ausführliche und eigenen Worten des Beschwerdeführers entsprechende Sachverhaltsschilderung kann im konkreten Fall nur die anlässlich ihres Gesprächs mit dem Beschwerdeführer vom 21. Februar 2013 protokollierte gelten (vgl. Suva-act. 27). Dabei wurde das Herunterheben eines Paletts und/oder einer Kiste bzw. einer Kiste mit Palett durch den Beschwerdeführer



zusammen mit einem Arbeitskollegen, der auf ihn zukommende gehobene Gegenstand infolge Ausrutschens des Arbeitskollegen sowie das gleichzeitige nach hinten gedrückt werden mit anschliessendem Anschlagen des Gesässes an einem hinter ihm stehenden Palett und das Stoppen des Gegenstands mit beiden Händen beschrieben. Zwar ist in den Sachverhaltsdarstellungen der ZNA des KSSG (Suva-act. 14/2 f.) sowie von Dr. D.____ (Suva-act. 43/1) lediglich von einem Verhebetauma die Rede, doch besteht keine Veranlassung daran zu zweifeln, dass sich das Ereignis nicht wie vom Beschwerdeführer am 21. Februar 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin beschrieben abgespielt hat. Dies auch wenn das fragliche Ereignis im Zeitpunkt der Schilderung bereits rund dreieinhalb Jahre zurücklag. Wie gesagt, handelt es sich um die erste und auch nicht in Kenntnis der Leistungsablehnung abgegebene Ereignisschilderung des Beschwerdeführers. Ausserdem ist auch in der Schadenmeldung UVG vom 23. Januar 2013 ein Kippen und Fallen des gehobenen Gegenstands gegen den Beschwerdeführer beschrieben (Suva-act. 1). Die das Vorliegen eines Verhebetaumas betreffende Frage, welcher Gegenstand bzw. welche Gegenstände (Palett und/oder Kiste bzw. eine Kiste mit Palett) mit welchem (Gesamt-)gewicht vom Beschwerdeführer und seinem Arbeitskollegen gehoben worden sind bzw. welcher Gegenstand mit welchem Gewicht letztlich auf den Beschwerdeführer zugekommen ist, kann offen gelassen werden. Immerhin ist festzustellen, dass ein Gewicht von ca. 10 kg (vgl. Suva-act. 43) wenig plausibel erscheint, nachdem der Beschwerdeführer den Gegenstand zusammen mit einem Arbeitskollegen heruntergehoben hat. Einleuchtender erscheint das vom Beschwerdeführer am 21. Februar 2013 angeführte Gewicht von ca. 80 bis 100 kg beim Anheben eines Paletts mit vollen Kisten (ein Europalett hat ein Eigengewicht von ca. 25 kg vgl. dazu <http://www.paletten-logistik-westfalen.de/produkte/europaletten/europalette.shtml>, abgerufen am 16. Mai 2014) oder von vollen Kisten ohne Palett. Das vom Beschwerdeführer am 21. Februar 2013 geschilderte Vorkommnis ist insofern als Unfall zu qualifizieren, als daraus ein nicht planmässig verlaufener Bewegungsablauf hervorgeht und damit das Tatbestandselement der Ungewöhnlichkeit im Sinne einer unkoordinierten Bewegung unter besonders sinnfälligen Umständen erfüllt ist (vgl. Erwägung 2.2; A. Rumo-Jungo/A. P. Holzer, a.a.O., S. 40 f.). In der ZNA des KSSG am 30. Mai 2009 (Suva-act. 14/2), und von Dr. D.____ am 2. Juni 2009 (Suva-act. 43/1) wurden denn auch die für ein solches Geschehen inklusive Prellung typischen Befunde



einer Beweglichkeitseinschränkung, eines Hartspans sowie Myogelosen lumbal beidseits erhoben.

2.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Bezug auf den hier zu beurteilenden Sachverhalt in Berücksichtigung aller Umstände mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer am 30. Mai 2009 einen Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG erlitten hat.

3.

3.1 Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist - wie bereits erwähnt - ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG). Die Beschwerdegegnerin erachtet einen solchen zwischen dem Ereignis vom 30. Mai 2009 und den am 23. Januar 2013 gemeldeten Rückenbeschwerden per 30. November 2009 als nicht mehr gegeben und stützt sich dabei auf die ärztlichen Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. H.____ vom 1. März 2013 (Suva-act. 28) und 24. April 2013 (Suva-act. 54). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erachtet insbesondere auch die an sich ausführlichere kreisärztliche Beurteilung vom 24. April 2014 aus verschiedenen Gründen als nicht genügend beweistauglich.

3.2 Tatsächlich wurden - wie vom Beschwerdeführer gerügt - von Dr. H.____ die sich mit der LWS befassenden Berichte des CHUV vom 26. März 2013 sowie vom 8. und 12. April 2013 in der Anamnese nicht aufgeführt. Wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen, vermochte jedoch der Kreisarzt aus den von ihm aufgelisteten medizinischen Akten genügend Erkenntnisse für eine schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung zu gewinnen. Die fraglichen Berichte des CHUV befassen sich mit der Diskushernienoperation vom 22. März 2013. Das Vorliegen einer Diskushernie im Bereich der LWS ist unbestritten und die Tatsache, dass diese letztlich operativ therapiert worden ist, vermag hinsichtlich der sich hier stellenden Kausalitätsfrage keine neuen, sich nicht bereits aus den anderen medizinischen Akten ergebenden Aufschlüsse zu vermitteln. Die von Dr. H.____ nicht einzeln aufgeführten Telefonnotizen und Standortgesprächsberichte der Care-Managerin der Swica befinden sich - entgegen des Einwands des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - bei den Akten.



Sie wurden der Beschwerdegegnerin von der Swica am 24. Januar 2013 zugestellt und waren offensichtlich auch Dr. H.____ bekannt. Die fraglichen Akten dokumentieren im Übrigen einen Sachverhalt aus dem Jahr 2012. Entsprechend die Anmerkung von Dr. H.____: "..., da die Zeit ab 2012 dokumentiert wird.". Zu prüfen ist vorliegend, ob die Unfallfolgen per 30. November 2009 dahingefallen sind. Wie die nachfolgenden materiell rechtlichen Erwägungen zeigen, sind die fraglichen Swica-Akten aus dem Jahr 2012 für die Frage der Leistungseinstellung per 30. November 2009 nicht von Bedeutung bzw. vermochte die Beantwortung der Kausalitätsfrage auch ohne diese Akten rechtsgenüglich zu erfolgen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beweiswert der Beurteilung von Dr. H.____ durch die vorgenannten Einwände des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nicht in Frage gestellt ist.

4.

4.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund erhoben wird. Aktenmässig erstellt und unbestritten ist, dass die Neurochirurgie des KSSG beim Beschwerdeführer im Bericht vom 9. August 2012 (Suva-act. 35) gestützt auf eine MRI-Untersuchung der HWS vom 31. Juli 2012 eine Radikulopathie vom Typ C5 rechts sowie eine CDH HWK5/6 und Prof. E.____ in seinem Bericht vom 25. Januar 2013 (Suva-act. 11/2) basierend auf einer MRI-Untersuchung der LWS links eine Diskushernie zwischen L5 und S1 diagnostizierten. Wegen der lumbalen Diskushernie L5/S1 wurde der Beschwerdeführer am 22. März 2013 in der CHUV operiert (Suva-act. 51 f.). Bezüglich der Diskushernie im Bereich der HWS wird von beschwerdeführender Seite keine Unfallfolge geltend gemacht (vgl. act. G 1, Ziff. 20); die HWS war jedenfalls vom Unfall vom 30. Mai 2009 offensichtlich nicht betroffen. Entsprechend sind diesbezügliche Beschwerden auch erstmals am 24. Juli 2012, d.h. mehrere Jahre nach dem fraglichen Unfall, aktenmässig dokumentiert (Suva-act. 16).

4.2 Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, 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, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, 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 (RKUV 2000 Nr. 363 S. 46 f. E. 3a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 25. November 2004, U 107/04, E. 4.1).

4.3 Aus der Zeit des Unfallereignisses vom 30. Mai 2009 liegen keine beweiskräftigen bildgebenden Unterlagen vor, welche den genauen Zeitpunkt der tatsächlichen Entstehung der anlässlich der MRI-Untersuchung vom Dezember 2012 festgestellten - vorher allenfalls symptomlos vorhanden gewesenen - Diskushernie L5/S1 des Beschwerdeführers (Suva-act. 11) belegen würden. Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist - den in Erwägung 4.2 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 die Unfallschilderung des Beschwerdeführers vom 21. Februar 2013 (Suva-act. 27) nicht erkennbar. Die Ärzte der ZNA des KSSG sowie Dr. D. ___ diagnostizierten rechtzeitig lediglich eine - mit dem beschriebenen Unfallereignis sehr gut zu vereinbarende (vgl. dazu A. Debrunner, a.a.O., S. 856 f.) - Lumbago und erachteten eine radiologische Untersuchung aufgrund der erhobenen Befunde offensichtlich nicht als notwendig (Suva-act. 14/2, 43/1). Befunde - wie Hämatome oder eine offene Wunde - welche auf eine allfällige massive



Einwirkung auf den Körper hinweisen würden, wurden nicht erhoben. Der Unfall hatte sodann nur eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit von rund drei Wochen zur Folge (vgl. Suva-act. 43/1). Massgeblich gegen eine direkt durch den Unfall verursachte Diskushernie spricht auch der weitere zeitliche Ablauf. Zwischen dem Unfall und der erstmaligen Diagnose einer Diskushernie im Bereich der LWS liegen rund dreieinhalb Jahre. Wie gesagt, entstehen praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen. Die chronische Wirbelsäulendegeneration ist ein laufender Prozess, der unmerklich schleichend, aber auch unvermittelt und schlagartig, kompliziert werden kann und gerade die Lumbago ist typisch für die im Regelfall degenerativ bedingte Diskushernie (vgl. dazu A. Debrunner, a.a.O., S. 860 f.; S. 878). Während dreieinhalb Jahren ist ein rein degenerativer Prozess wie der vorliegende durchaus denkbar. Zumindest drängt sich die Annahme einer unfallkausalen Teilursächlichkeit in keiner Weise auf. Zeichen für einen solchen degenerativen Prozess sieht Dr. H.____ in seiner Beurteilung vom 24. April 2013 (Suva-act. 54) insbesondere darin, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall keine Ausstrahlungen in die Beine beklagte (vgl. Suva-act. 14), im Oktober 2012 dann erstmals ein sensibles Problem am Bein angab (vgl. Suva-act. 20) und schliesslich im Februar 2013 ein radikuläres Reiz- (Schmerz-) und sensibles Ausfallsyndrom S1 links diagnostiziert wurde (vgl. Suva-act. 38). Angesichts des Gesagten gilt es auch eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung einer allfälligen vorbestehenden degenerativen Gesundheitsschädigung im Bereich der Wirbelsäule auszuschliessen.

4.4 Nachdem der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 30. Mai 2009 weder eine Diskushernie noch eine richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestandenen Diskushernie erlitten hat, geht Dr. H.____ nachvollziehbarerweise von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines beim Beschwerdeführer vorgelegenen degenerativen Vorzustands aus. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub bzw. entfällt ihre Leistungspflicht, sobald der Unfall nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Diesfalls können anhaltende Beschwerden mit unfallfremden Befunden, beispielsweise degenerativer Art erklärt werden. Spätere Rezidive werden nur übernommen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (zum Ganzen RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit



Hinweisen; vgl. auch RKUV 2000 Nr. 363 S. 46 E. 3a; Urteile des EVG vom 21. Februar 2003, U 306/02, E. 5.2, vom 29. Januar 2003, U 230/02, E. 3.2, vom 29. Oktober 2002, U 22/01, E. 5.1, vom 29. August 2002, U 112/02, E. 3.3.1, vom 24. Juni 2002, U 109/01, E. 6b und vom 23. April 2002, U 176/01, E. 3c). Mangels echtzeitlichen radiologischen Befunds einer vorbestehenden Diskushernie wären jedoch im konkreten Fall vorübergehende Rückenschmerzen auch infolge einer - beim Beschwerdeführer gemäss Unfallschilderung erfolgten - Prellung und allenfalls brusken Bewegung ohne damaligen pathologischen Befund denkbar (vgl. A. Debrunner, a.a.O., S. 862 f.).

4.5 Dass die vorübergehende Verschlimmerung bzw. die Unfallfolgen vollständig spätestens bis zum Datum der Leistungseinstellung (per 30. November 2009) abheilen, zeigt sich darin, dass die echtzeitliche Heilbehandlung durch Dr. D.____ am 25. Juni 2009 abgeschlossen werden konnte und der Beschwerdeführer ab 26. Juni 2009 wieder während rund drei Jahren bzw. bis zur nächsten akuten Lumbago vollzeitig arbeitete (Suva-act. 43/4 f.). Die Bestätigung von Dr. D.____, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei insofern weiterhin eingeschränkt gewesen, als er ab dem 26. Juni 2009 nur eine angepasste Tätigkeit ohne Heben von mehr als 20kg habe ausüben können (vgl. Suva-act. 31/2), ist als präventive Massnahme angesichts der Rückenanamnese des Beschwerdeführers einzustufen, vermag jedoch das Anhalten von Unfallfolgen nicht zu belegen. Brückensymptome, wie sie der Beschwerdeführer am 21. Februar 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin für die drei dem Unfall folgenden Jahre geltend machte - anhaltende Beschwerden, Nachkontrollen bei Dr. D.____, Durchführung einer Physiotherapie, Einnahme von Schmerzmitteln - sind aktenmässig nicht dokumentiert, weshalb bezüglich der weiteren von Dr. D.____ bestätigten akuten Lumbago vom 2. Mai 2012 (Suva-act. 43) sowie der Diagnose einer Diskushernie im Dezember 2012 (Suva-act. 11) auch nicht von späteren Rezidiven der ursprünglichen unfallkausalen Rückenbeschwerden ausgegangen werden kann. Selbst wenn seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen sowie eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit bestehen würden, vermöchte dies nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. eine andauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zu sprechen. Die Leistungseinstellung bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsunfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch



den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

4.6 Dr. H.____ geht in seiner Beurteilung vom 1. März 2013 von einer höchstens ein paar Monate andauernden vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustands aus (Suva-act. 28), worauf die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 30. November 2009, d.h. sechs Monate nach dem Unfall, einstellte. Angesichts der in Erwägung 4.5 dargelegten Sachlage sind keine Gründe ersichtlich, welche die Richtigkeit dieser Vorgehensweise in Zweifel ziehen liesse, zumal es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit - in der Regel innerhalb von sechs Monaten, spätestens innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) - folgenlos abheilen und die damit verbundenen Beschwerden sich gänzlich zurückbilden. Insofern zeichnet sich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall durch eine stetige Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils aus (vgl. dazu Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67, S. 45). Ob und allenfalls inwieweit bereits vor dem Unfall (klinisch stumme) degenerative Erkrankungen vorhanden waren, die durch den Unfall vom 30. Mai 2009 verschlimmert worden sind, braucht damit nicht näher geprüft zu werden (vgl. Urteil des EVG vom 11. April 2005, U 354/04, E. 2.2). Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten kann gestützt auf die insgesamt schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung von Dr. H.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass spätestens Ende November 2009, auf welchen Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen einstellte, keine Unfallfolgen mehr gegeben waren. Die Aussage von Prof. E.____ in seinem Bericht vom 25. Dezember 2012 - die Schmerzen im Rücken existierten seit Mai 2009 und seien Folge eines Vorkommnisses, das sich während der Arbeit ereignet habe - ist als rein anamnestische Angabe, basierend auf den Ausführungen des Beschwerdeführers zu betrachten, und kommt keiner beweiskräftigen Kausalitätsbeurteilung gleich. In den Akten sind sodann keine weiteren ärztlichen Beurteilungen enthalten, welche sich für das Fortdauern von Unfallfolgen aussprechen würden. Vielmehr ging Dr. D.____ offensichtlich schon seit Behandlungsbeginn von Krankheitsfolgen aus (vgl. Suva-act. 43). Im Rahmen der



Kausalitätsbeurteilung ist es schliesslich allgemein von Bedeutung, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f.).

4.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der angefochtene Einspracheentscheid, mit welchem eine weitere Leistungsausrichtung ab 1. Dezember 2009 mangels andauernder unfallkausaler Gesundheitsstörungen abgelehnt wurde, nicht beanstanden lässt.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 28. Juni 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.