



**Fall-Nr.:** UV 2013/89  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.03.2015  
**Entscheiddatum:** 25.03.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.03.2015**

**Art. 6 UVG: Verneinung neuer, unfallkausaler bleibender Gesundheitsschäden im Sinn struktureller Veränderungen; Erreichen des Status quo sine/ante nach vorübergehender Verschlimmerung eines Vorzustandes bzw. einer in einer ersten Phase schädigenden Einwirkung des Unfalls auf den Körper; Verneinung einer Adäquanzprüfung nach den Grundsätzen der Schleudertrauma-Praxis und der Psychopraxis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. März 2015, UV 2013/89). Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Della Batliner** Entscheid vom 25. März 2015 in Sachen A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, Schadenservice, Postfach, 8010 Zürich, Beschwerdegegnerin, betreffend Versicherungsleistungen Sachverhalt:

A.

A.a A. \_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Finanzverwalter beim Personalamt des Kantons B. \_\_ tätig und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er laut Bagatellunfallmeldung vom 25. Oktober 2010 am 21. (möglicherweise: 20. [vgl. dazu UV-act. 22, 32: Apothekerrechnung]) Oktober 2010 beim Curlingspielen auf dem Eis ausglitt und stürzte, worauf ihn Kopf, Nacken, Rücken und Schultern schmerzten (UV-act. 1 f.). Eine Erstbehandlung durch den Hausarzt Dr. med. C. \_\_, Spezialarzt Innere Medizin FMH, Arzt für Manuelle Medizin SAMM, hatte laut Aussage des Versicherten am folgenden Montag, d.h. am 25. Oktober 2010, stattgefunden (vgl. UV-act. 14, S. 4). Laut Schreiben vom 1. März 2011 ging Dr. C. \_\_ von einer Kopfkontusion mit seither bestehendem cervicovertebralem Syndrom aus und verordnete dem Versicherten



Massagebehandlungen (UV-act. 3, 3a, 32). Anlässlich eines Telefongesprächs vom 31. Oktober 2011 mit der Allianz gab der Versicherte an, dass er nach wie vor an starken Kopfschmerzen und Verspannungen leide. Er gehe unter anderem hin und wieder zu einem Chiropraktiker (vgl. UV-act. 32: zu Dr. med. D.\_\_\_\_, Chiropraktor SCG, ECU, ab Juni 2011) und habe außerdem einen Therapeuten, der in der Praxis von Dr. C.\_\_\_\_ Behandlungen durchführe. Dr. C.\_\_\_\_ habe ihn auch einmal zu Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, Rheumazentrum F.\_\_\_\_, verwiesen. Er habe einen anspruchsvollen, stressigen Job, weshalb er bei der Arbeit nie gefehlt habe (UV-act. 7). In einem ärztlichen Zwischen-/Schlussbericht vom 8. November 2011 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein posttraumatisches cervicovertebrales Syndrom (CVS) bei Status nach (Sturz) beim Curling am 21. Oktober 2010. Bei sitzender Tätigkeit bestehe ein langsam protrahierter Verlauf und eine muskuläre Dysbalance. Der Versicherte sei bei Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung und es werde gegenwärtig eine Physiotherapie durchgeführt (UV-act. 8). Dr. E.\_\_\_\_ berichtete der Allianz am 29. November 2011, der Versicherte habe ihr anlässlich der Konsultation vom 12. Oktober 2011 von einem Sturz beim Curling auf den Rücken erzählt. Seither leide er unter zunehmenden ischialgieformen Schmerzen im linken Bein. Unter solchen leide der Versicherte jedoch seit längerem und stehe deswegen auch in ihrer Behandlung; im Jahre 2010 erstmals am 8. April und außerdem am 26. August. In dieser Zeit seien beim Versicherten drei epidurale Kortikosteroidinfiltrationen bei ischialgie-radikulärem Irritationssyndrom der Wurzel L5 links bei kleiner Diskushernie durchgeführt worden. Laut Angaben des Versicherten hätten sich diese Beschwerden seit dem Sturz im Oktober 2010 wieder verstärkt. Er habe sich diesbezüglich in chiropraktischer Behandlung befunden. Die letzte Konsultation im Jahr 2010 bei ihr habe am 18. Oktober stattgefunden. Damals hätten sich die lumbo-ischialgieformen Schmerzen nach den drei Infiltrationen deutlich gebessert gehabt und die Behandlung sei abgeschlossen worden. Weitere Infiltrationen seien ihres Wissens keine mehr durchgeführt worden (UV-act. 10).

A.b Am 17. Januar 2012 meldete die Allianz den Versicherten zu einer konsiliarischen Untersuchung bei ihrer beratenden Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Neurologie, an (UV-act. 13). Gestützt auf deren Untersuchungsbericht bzw. Beurteilung vom 26. Februar 2012 (UV-act. 14) teilte die Allianz dem Versicherten mit Schreiben vom 29. Februar 2012 mit, dass die geklagten Migräne-, HWS- sowie lumbalen



## St.Galler Gerichte

Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis vom 21. Oktober 2010 zurückzuführen seien. Der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe (Status quo ante), sei gemäss medizinischer Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ in Bezug auf die Migräneanfälle und die HWS-Beschwerden spätestens Ende Oktober 2011 und hinsichtlich der lumbalen Situation spätestens Ende April 2011 erreicht gewesen. Weitere Behandlungen gingen zu Lasten des Krankenversicherers und ihre Versicherungsleistungen würden daher per Ende April 2011 bzw. Ende Oktober 2011 eingestellt (UV-act. 15).

A.c Mit Schreiben vom 18. Mai 2012 liess sich die Rechtsschutzversicherung des Versicherten, die Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Fortuna), Adliswil, zur Leistungsablehnung der Allianz vernehmen und reichte Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 3. bzw. 11. Mai 2012 (UV-act. 21 f.) ein (UV-act. 23). Die Allianz gelangte hierauf am 23. Mai 2012 mit der Frage an Dr. G.\_\_\_\_, ob sich in Anbetracht der neu eingereichten Arztberichte an ihrer Beurteilung vom 26. Februar 2012 etwas ändere (UV-act. 25). Nachdem Dr. G.\_\_\_\_ diese Frage in einer Stellungnahme vom 26. Mai 2012 verneint hatte (UV-act. 27), bestätigte die Allianz mit Verfügung vom 12. Juni 2012 die Einstellung der Versicherungsleistungen per Ende April 2011 bzw. Ende Oktober 2011 (UV-act. 28).

B.

B.a Mit Eingabe vom 31. Juli 2012 erhob die Fortuna für den Versicherten gegen die Verfügung vom 12. Juni 2012 Einsprache und reichte weitere Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. bzw. 31. Juli 2012 ein (UV-act. 34). Am 5. und 6. April 2013 liessen sich Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ nochmals direkt bei der Allianz zum Schadenfall des Versicherten vernehmen (UV-act. 50 f.).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2013 wies die Allianz die Einsprache vom 31. Juli 2012 gegen die Verfügung vom 12. Juni 2012 ab (UV-act. 57).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2013 richtet sich die vom Versicherten eingereichte Beschwerde vom 19. November 2013 mit den Anträgen, der



angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben, es seien dem Beschwerdeführer weiterhin Heilungskosten im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Oktober 2010 zuzusprechen, es seien die Akten der Beschwerdegegnerin zu "editieren" und es seien weitere gesetzliche Leistungen zu erbringen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (UV-act. G 3).

C.c Mit Replik vom 22. Januar 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und sprach darin einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. April 2012 an (act. G 5).

C.d Mit Duplik vom 27. März 2014 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und wies darauf hin, dass der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. April 2012 nicht bei den Akten liege, weshalb sie zu diesem keine Stellung nehmen könne (act. G 9).

C.e Auf Ersuchen des Versicherungsgerichts vom 31. März 2014 (act. G 10) reichte der Beschwerdeführer den fehlenden Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ (act. G 11.1) nach (act. G 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 9. Mai 2014 auf eine diesbezügliche Stellungnahme (act. G 13).

C.f Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom Oktober 2010 und erbrachte entsprechende Heilkostenleistungen. Streitig ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen für die lumbalen Beschwerden per 30. April 2011 und für die Nacken- und Kopfschmerzen per 31. Oktober 2011 eingestellt hat.



1.2 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) bzw. die diesbezügliche Voraussetzung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den in Frage stehenden Gesundheitsstörungen (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalente Verletzungen) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber 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 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen; hinsichtlich Beweiswert von Arztberichten, insbesondere versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen, vgl. BGE 125 V 352 E. 3a und 3b/ee sowie RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, Letzterer also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (allenfalls 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; A. Rumo-Jungo/A.P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54).

2.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob zwischen den vom Beschwerdeführer über den 30. April 2011 hinaus geklagten lumbalen Beschwerden sowie über den 31. Oktober 2011 hinaus geklagten Nacken- und Kopfschmerzen und seinem am 21. Oktober 2010 erlittenen Unfall ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.



3.

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektivierbare organisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.2

3.2.1 Die am 8. Februar 2012 im Radiologiezentrum H.\_\_\_\_ durchgeführte MRT-Untersuchung des Schädels und der HWS ergab im Bereich der HWS normale ossäre und diskoligamentäre Strukturen, eine gut abgrenzbare Neuroforamina und einen normalen Verlauf der Nervenwurzeln beidseits (nachfolgend: bds.). Die MR-morphologische Darstellung der Hirnstrukturen zeigte sich ebenfalls unauffällig (UV-act. 20).

3.2.2 Die zuvor am 16. Januar 2012 im Radiologiezentrum H.\_\_\_\_ durchgeführte MRT-

Untersuchung der LWS und des ISG hatte eine lumbosakrale Übergangsanomalie mit einer Lumbalisation von S1 (als L6 bezeichnet), eine deutliche Osteochondrose L5/L6 (zum Teil aktiviert) und breitbasige kleine Diskushernie, welche zusammen mit einer IVG-Arthrose zu mittelschweren Rezessusstenosen S1 bds. führen würden, und nur fragliche Romanusläsionen L3, L4 und L5 hervorgebracht, wobei die hier vorhandene angedeutete hyperostotische Spondylose viel eher für eine beginnende Degeneration



spreche. Im Bereich des ISG hatten Hinweise auf eine Sakrolitis gefehlt. Schliesslich hatte das MRT keine Pathologie im kleinen Becken hervorgebracht und keinen Hinweis auf Inguinalhernien geliefert (UV-act. 20). - Bei der Diskushernie, der Osteochondrose und der lumbosakralen Übergangsanomalie handelt es sich zweifelsohne um klare organische Substrate. Die lumbosakrale Übergangsanomalie mit sechs nicht rippentragenden LWK, wobei der unterste (zusätzliche) Wirbel als L6 bezeichnet wurde, stellt zweifellos keine Unfallverletzung, sondern einen angeborenen Zustand dar. Entsprechend war die Anomalie bereits im Rahmen einer in der Klinik I. \_\_\_ vor dem Unfall, d.h. am 13. August 2009, durchgeführten MRT-Untersuchung der LWS sichtbar (UV-act. 20). Die damalige MRT-Untersuchung hatte bereits auch eine Diskushernie mit Nervenwurzelkompression im Bereich des Recessus lateralis, jedoch auf Höhe L4/L5 bzw. L5 beschrieben, ergeben. Abgesehen davon, dass es sich bei der post- und prätraumatischen Diskushernie trotz allem um dieselbe handeln dürfte (vgl. dazu auch UV-act. 10), wurde offensichtlich bislang weder vom Beschwerdeführer noch von einem ihn behandelnden Arzt geschlossen, dass die Diskushernie im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen könnte (vgl. UV-act. 10, 21, act. G 11.1). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) in seiner Rechtsprechung denn auch festhielt, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass Diskushernien in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen. Eine Diskushernie kann dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine prätraumatisch vollständig unauffällige Bandscheibe zu zerreißen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, zusammengefasst und kommentiert durch David Weiss in AJP 2006, S. 877, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Wolfgang Meier, Lumbale Diskushernie und Unfall, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 16). Die Voraussetzungen für eine unfallbedingte Verursachung der Diskushernie sind vorliegend nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfüllt (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). So liegt im konkreten Fall weder eine prätraumatisch vollständig unauffällige



Bandscheibe noch eine Arbeitsunfähigkeit vor. Bei der zusätzlich vorhandenen Osteochondrose handelt es sich ebenfalls um eine häufige, im Rahmen eines Degenerationsvorgangs auftretende, mithin nicht traumatisch bedingte, Veränderung an der Wirbelsäule, die ein Vorstadium oder eine Begleiterscheinung einer Diskushernie bilden kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 852 ff.). Insofern ergeben die beiden Gesundheitsschäden zusammen das Bild einer geschlossenen degenerativen Problematik im Bereich der LWS. Entsprechend wurde auch im Bericht des Radiologiezentrums H.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2012 im Bereich L3, L4 und L5 von einer beginnenden "Degeneration" gesprochen. Eine beim Unfallereignis vom 21. Oktober 2010 im Bereich der LWS erlittene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung lässt sich damit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen.

3.2.3 Auch mit den in den medizinische Akten gestellten Diagnosen einer Kopfkontusion, eines cervicovertebralen Syndroms (UV-act. 3, 8), einer Commotio cerebri bzw. eines Cervical- und Lumbovertebralsyndroms (UV-act. 14, S. 6) sind im Bereich des Schädels, der HWS und der LWS keine organischen Unfallrestfolgen objektiv erstellt. Die Kontusionsdiagnose bezeichnet eine stumpfe Krafteinwirkung auf einen Körperteil, wodurch es zur Verletzung von Weichteilgewebe und nicht zwingend auch von strukturellen Anteilen des Bewegungsapparats wie Knochen, Muskeln, Bänder und Sehnen kommt (<<http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01145>>, abgerufen am 18. Dezember 2014). Eine Kontusionsverletzung heilt im Regelfall innert einer bestimmten Zeit folgenlos ab (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 4.1). Die Diagnose einer Commotio cerebri bzw. Gehirnerschütterung erfolgt sodann aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet ebenfalls nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle. Fehlen wie im konkreten Fall entsprechende Befunde (vgl. UV-act. 14, S. 5), ist die Unfallkausalität grundsätzlich im Rahmen der Adäquanz nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen, die gerade für Fälle entwickelt wurde, in denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie



wirklich sichtbar gemacht werden konnten (Urteil des EVG vom 29. März 2006, U 197/04, E. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Auch die Diagnose von Schmerzsyndromen bedeutet nicht automatisch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Auflage, München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur fraglichen Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Gerade ein Vertebralesyndrom ist typisch für die im Regelfall degenerativ bedingte Diskushernie bzw. die beim Beschwerdeführer erhobenen Degenerationen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 860). Der Beschwerdeführer musste denn auch bereits vor dem Unfall wegen ISG- und LWS-Beschwerden therapiert werden (vgl. dazu UV-act. 10, 32). Eine unfallbedingte muskuläre Dysbalance und unfallbedingte muskuläre Defizite sind sodann zwar nicht ausgeschlossen. Solche Gesundheitsschädigungen gründen jedoch ihrerseits auf einer im vorliegenden Fall fehlenden unfallkausalen Körperverletzung wie beispielsweise einer Fraktur. Gleiches gilt für Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen in der Wirbelsäule sowie Einschränkungen der Wirbelsäulenbeweglichkeit. Auch sie können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (SVR 2008 UV Nr. 2 S. 3 E. 5.2 mit Hinweisen, U 328/06; Urteil des EVG vom 6. Dezember 2006, U 334/06, E. 3).

3.3 Ebenfalls auszuschliessen ist im Fall des Beschwerdeführers eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung seiner degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der LWS. Es ist ein medizinische Erfahrungstatsache, dass eine solche Verschlimmerung nur dann als erwiesen gelten kann, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrösserung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt (RKUV 2000 Nr. 363 S. 46 f, E. 3a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 25. November 2004, U 107/04). Der Vergleich der MRT-Untersuchungsergebnisse vom 13. August 2009 und vom 16. Januar 2012 (UV-act. 20) ergibt keinen Hinweis darauf, dass sich der degenerative Zustand der LWS im Zeitpunkt des Unfalls vom Oktober 2010 massiv verändert hätte. Insbesondere die posttraumatisch erhobene kleine Diskushernie auf



Höhe L5/L6 sowie die angedeutete hyperostotische Spondylose als beginnende Degeneration lässt hierfür kaum Raum. Zwischen den beiden kernspintomographischen Untersuchungen liegt im Übrigen ein Zeitraum von drei Jahren, währenddem ein gewisser degenerativer Prozess ohnehin denkbar ist. 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 (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45 ff.).

3.4 Nach den vorstehenden Erwägungen steht fest, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom Oktober 2010 im Bereich der HWS, der LWS und des Schädels weder eine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung noch eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands im Bereich der LWS erlitten hat.

4.

4.1 Es kommt damit nur eine ausheilende Läsion mit vorübergehenden unfallkausalen Beschwerden in Frage. So kann ein Vorzustand wie beispielsweise eine Diskushernie durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. Aber auch ohne Vorzustand - wie hier im Bereich der HWS und des Kopfs - kann in Fällen, in denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie wirklich sichtbar gemacht werden konnten, nach einem adäquaten Unfallereignis dennoch in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Unfalls auf den Körper ausgegangen und können die nach einem Unfall aufgetretenen Beschwerden als unfallkausal betrachtet werden. Als Beispiele dafür gelten Kontusionsfolgen sowie Beschwerden nach erfolgter Gehirnerschütterung. Dr. C. \_\_\_ ging im konkreten Fall von einer Kopfkontusion aus (UV-act. 3), von Dr. G. \_\_\_ wurde entsprechend die Diagnose einer Commotio cerebri gestellt (UV-act. 14, S. 6), und angesichts der einheitlich gestellten Diagnose eines cervicovertebralen Syndroms (vgl. UV-act. 3, 8, 14, 21) und des beschriebenen Unfallmechanismus ist zudem von



einer Kontusion der HWS, aber auch der LWS ("vertebral") auszugehen. Demgemäss wird von Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 29. November 2011 seit dem Sturz vom 21. Oktober 2010 von einer Verstärkung der lumbo-ischialgieformen Beschwerden (UV-act. 10), von Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. April 2012 von einer traumatischen Aktivierung der bisher asymptomatischen HWS mit nachfolgenden Schmerzen (act. G 11.1) und von Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Mai 2012 von einer durch den fraglichen Unfall bewirkten zusätzlichen Aktivierung der vorbestandene n lumbalen Symptomatik einer erosiven Osteochondrose gesprochen (UV-act. 21). Bei Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden übernimmt die Unfallversicherung nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 E. 3 mit Hinweisen), d.h. die Beschwerden werden nach einem bestimmten Zeitraum, trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache - nicht mehr dem Unfall angelastet. So entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Frist, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers darf dieser medizinische Erfahrungssatz im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden, zumal er der herrschenden medizinischen Lehrmeinung entspricht. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine/ante 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, U 60/02, E. 2.2, 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 (2008), S. 101, hält Autor Erich Bär sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin (Erich Bär, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update., in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 100 ff.). Insofern zeichnet sich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall durch stetige Besserung des unfallkausalen



Beschwerdeanteils aus (vgl. dazu Bär/Kiener, a.a.O., S. 45). Von Seiten der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 1996, 462 ff. und insbesondere S. 467) wird sodann festgehalten, dass auch der typische posttraumatische Verlauf nach einer Commotio cerebri bzw. einem leichten Schädel-Hirntrauma einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen entspreche. Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirn- bzw. HWS-Schädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung bzw. Schädigung im HWS-Bereich rufen (Jenzer, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch Bogdan P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff. und S. 475). Überhaupt können Kopfschmerzen bzw. Migräne grundsätzlich mit vielfältigen unfallunabhängigen Einflüssen erklärt werden (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1040; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl., S. 1126, 1330). Der Frage, ob der Beschwerdeführer infolge des Unfalls tatsächlich eine Bewusstlosigkeit erlitten hat, kommt hier keine massgebende Bedeutung zu, weil eine solche auch einen Befund bei leichtem Schädelhirntrauma darstellen kann (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 353, 1641 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 407, 1861).

4.2 Betreffend Erreichen des Status quo sine/ante legt Dr. G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 26. Februar 2012 (UV-act. 14) dar, dass ein Zusammenhang der geklagten Migräneanfälle mit der erlittenen Commotio cerebri durchaus möglich sei. Es habe eine diesbezügliche Disposition bestanden und es sei durch die Commotio vorübergehend zu einer Intensivierung der Anfallsfrequenz gekommen. Eine solche sei aber keinesfalls bleibend. Man dürfe davon ausgehen, dass ungefähr ein Jahr nach dem Unfalldatum wieder der diesbezügliche Zustand quo ante erreicht gewesen sei. Es sei bekannt, dass eine Migräne sehr unterschiedlich verlaufen und es auch ohne äussere Umstände wie einem Unfall zu unterschiedlichen Anfallsfrequenzen kommen könne. In Bezug auf die HWS sei ebenfalls unter Berücksichtigung des jetzt normalen Befundes keine unfallbedingte Pathologie vorhanden. Eine diesbezügliche physikalische Therapie, die noch im Laufe eines Jahres nach dem Unfall durchgeführt worden sei, könne jedoch als Unfallfolge übernommen werden. Die lumbale Situation sei komplexer, weil die diesbezüglichen Beschwerden auf längere Zeit zurückgingen und offenbar zum Teil



ernsthaft gewesen seien, indem drei epidurale Infiltrationen schon vor dem Unfall durchgeführt worden seien. Hier sollte angesichts dieses Status quo ante eine Behandlung während ungefähr sechs Monaten übernommen werden. Dann sei der Status quo ante erreicht und der Unfall vom Oktober 2010 sei nur noch möglicherweise die Ursache der heute noch feststellbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Eine weitere lumbale Behandlung müsste vom Krankenversicherer übernommen werden.

4.3 Angesichts der Ausführungen in Erwägung 4.1 sind keine Gründe ersichtlich, derentwegen die Richtigkeit der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2012 (UV-act. 14) in Zweifel zu ziehen wäre, weshalb auf sie abzustellen ist. Ihr Bericht erfüllt die an den Beweiswert eines Arztberichts gestellten Voraussetzungen (vgl. dazu BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Inwieweit die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ nicht schlüssig und nachvollziehbar sein soll, konnte vom Beschwerdeführer nicht stichhaltig dargelegt werden. Die Schlussfolgerungen von Dr. G.\_\_\_\_ überzeugen, indem sie in der Erfahrungsmedizin - gerade bei Kontusionsverletzungen und leichten Schädelhirntraumata muss sich ein Mediziner auf diese abstützen (vgl. Erwägung 4.1) - und in der konkreten Anamnese eine eindeutige Stütze finden. Hinsichtlich der LWS ist von einem massgebenden Vorzustand auszugehen. So konsultierte der Beschwerdeführer wegen LWS-Beschwerden letztmals drei Tage vor dem Unfall, d.h. am 18. Oktober 2010, Dr. E.\_\_\_\_ (UV-act. 10) und nahm bis unmittelbar vor dem Unfall eine Massagebehandlung in Anspruch. Dr. E.\_\_\_\_ spricht zwar bezüglich der Konsultation vom 18. Oktober 2010 von einer deutlichen Besserung der lumboschialgieformen Schmerzen und einem Behandlungsabschluss. Trotz allem erscheint durch die vorgenannte zeitliche Komponente sowie durch den Umstand, dass beim Beschwerdeführer im Jahr 2010 drei epidurale Kortikosteroidinfiltrationen bei ischialgie-radikulärem Irritationssyndrom der Wurzel L5 links bei kleiner Diskushernie hatten durchgeführt werden müssen und damit der längeren unfallunabhängigen Krankheitsgeschichte die Bedeutung des Unfalls vom Oktober 2010 nachvollziehbar vermindert und die Annahme einer kürzeren Heilungsdauer des unfallkausalen Anteils als schlüssig. Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. G.\_\_\_\_ habe keine eigentliche Untersuchung durchgeführt, kann nicht gehört werden. Entsprechend der Regel, dass von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S.



81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]), liess Dr. G.\_\_\_\_ zunächst die vom Unfallereignis vom Oktober 2010 betroffenen Körperteile (Kopf, HWS, LWS und ISG) radiologisch untersuchen bzw. bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse beiziehen (vgl. UV-act. 14, 20). Im Weiteren umfasste die Begutachtung von Dr. G.\_\_\_\_ eine klinische Untersuchung, wobei von ihr die in der Regel vorzunehmende Beweglichkeits- bzw. Funktionsprüfung der Wirbelsäule durchgeführt wurde. Ebenfalls klinisch überprüft wurden von Dr. G.\_\_\_\_ die vom Unfall betroffene HWS und LWS nach Schmerzpunkten und muskulären Auffälligkeiten sowie der neurologische Status des Hirns. Inwiefern ihre Untersuchung lückenhaft gewesen sein soll, wird vom Beschwerdeführer nicht konkretisiert. Dr. G.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrem Zusatzbericht vom 26. Mai 2012 (UV-act. 27) auch zu den Einschätzungen des behandelnden Chiropraktors Dr. D.\_\_\_\_ und des behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 3. bzw. 11. Mai 2012 (UV-act. 21 f.) und stellte fest, dass sie keine medizinischen Argumente vorbrächten, die gegen die Annahme des Status quo sine/ante spätestens ein Jahr bzw. ein halbes Jahr nach dem Unfall sprechen würden. Dr. D.\_\_\_\_ beschreibt in seinem Bericht vom 3. Mai 2012 die vom Beschwerdeführer nach wie vor geklagten Beschwerden und verweist insbesondere darauf, dass vor dem Unfall keine Beschwerden im Schulter-/Nackengürtel vorhanden gewesen seien. Dr. C.\_\_\_\_ bejaht in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 die Unfallkausalität ohne jegliche Begründung und hält in seinen weiteren Berichten vom 10. April und 31. Juli 2012 (act. G 11.1, UV-act. 34) ebenfalls fest, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfallereignis nie wegen HWS-Beschwerden bei ihm vorstellig geworden, nach dem Unfallereignis hingegen schon, weshalb die HWS-Beschwerden eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Der Beschwerdeführer habe also immer noch Beschwerden, welche er vor dem Unfall nicht gehabt habe, weshalb man einen kausalen Zusammenhang annehmen müsse. Der Umstand, dass vor dem Unfall keine entsprechenden Beschwerden geklagt worden sind, vermag jedoch für sich nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität zu erbringen, da der zeitliche Aspekt für sich allein keine wissenschaftlich genügende Erklärung liefert. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches



Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 340, E. 2b/bb). Die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ (UV-act. 34), Beschwerden seien so lange gegeben, wie der Patient sie äussere, mag zutreffen, doch gilt es bezüglich der Frage der Leistungspflicht des Unfallversicherers die Abgrenzung von unfallbedingten- und (nur noch) krankheitsbedingten Gesundheitsschäden vorzunehmen.

4.4 Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Der Beschwerdeführer geht in seinem Fall von einem Ausnahmefall aus und argumentiert, es sei aktenkundig, dass eine intensive Physiotherapie und ein intensives und gezieltes Aufbautraining aufgrund des Unfalls notwendig gewesen wären, um wieder den gleichen muskulären Stand und die gleiche Beweglichkeit wie vor dem Unfall zu erreichen und die Beschwerden zu lindern. Ein solches Training habe nie stattgefunden, weshalb dessen Kosten in einem späteren Zeitpunkt hätten übernommen werden müssen. Allein der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns dürfe keinen Ablehnungsgrund darstellen. Weil er aus Gründen seiner Arbeitsmoral trotz Beschwerden und Schmerzmitteleinnahme stets sein volles Pensum erfüllt habe und habe erfüllen können, anstatt ein gezieltes Behandlungskonzept mit Arbeitsreduktion und Therapie inklusive Muskelaufbau einzuleiten, sei es zu einer Chronifizierung der Schmerzen gekommen. Dies erkläre auch die längere Heilungsdauer im Vergleich zum Durchschnitt aller Fälle. Der Beschwerdeführer stützt sich dabei auf Dr. D.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 14. Juli 2012 (UV-act. 34) darauf hinweist, dass es retrospektiv wohl angezeigt gewesen wäre, gleich zu Beginn ein gezieltes Behandlungskonzept mit Arbeitsreduktion und Therapie inklusive Muskelaufbau einzuleiten. Weil dies nicht der Fall gewesen sei, sei es zu einer Chronifizierung der Schmerzen mit dem bekannten Circulus vitiosus von Schmerzempfindung - Schonhaltung - Muskelabschwächung - Fehlbelastung - vermehrte Schmerzempfindung gekommen. - Im vorliegenden Fall kann trotzdem nicht von einem Ausnahmefall ausgegangen werden. Dem Beschwerdeführer wurde zwar tatsächlich nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine Therapie mit aktivem Muskelaufbau ist nicht aktenkundig. Ersteres ist jedoch gerade ein Faktum, welches die Frage aufkommen lässt, wie stark der Beschwerdeführer durch die von ihm geklagten Beschwerden überhaupt eingeschränkt war. Die von Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen



Befunde waren zumindest nicht (mehr) von erheblicher Schwere (vgl. UV-act. 14). Im Regelfall ist davon auszugehen, dass massgebende Beschwerden entsprechende Massnahmen erfordern, diese ärztlich verordnet und vom Patienten auch wahrgenommen werden. In diesem Sinn stellt die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2013 die berechtigte Frage, weshalb das von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Mai 2012 (UV-act. 21) vorgeschlagene gezielte Aufbau- und Stabilisationstraining nicht durchgeführt worden sei, wenn es medizinisch tatsächlich so notwendig gewesen sein sollte. Ein solches Training hätte im Übrigen ohne Weiteres auch ausserhalb der Arbeitszeit absolviert werden können. Der Beschwerdeführer war zusätzlich auch bei Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung, ohne dass ihm zu einem früheren Zeitpunkt von irgendeiner Seite ein Aufbau- und Stabilisationstraining verordnet worden wäre. Wenn nun Dr. D.\_\_\_\_ erstmals in seinen Berichten vom 3. Mai bzw. 14. Juli 2012 ein solches vorschlägt bzw. einen Chronifizierungsprozess beschreibt, kann die Unfallkausalität einer erst nach dem Datum der Leistungseinstellung geplanten Therapie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Dies umso weniger, als die von ihm vorgeschlagene Therapie ohne weiteres auch wegen krankheitsbedingten Wirbelsäulenbeschwerden verordnet werden und der von ihm beschriebene Prozess auch ohne Unfallereignis eintreten kann. Gerade eine Chronifizierung an sich spricht nicht für ein unfallkausales Geschehen. Im Verlauf einer solchen wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Kiener, a.a.O., S. 45 ff.). Zu berücksichtigen ist schliesslich, dass nach einer Kontusion ein Heilungsprozess im Regelfall auch ohne Therapie stattfindet und der Beschwerdeführer, wenn auch kein Aufbau- und Stabilisationstraining, so doch regelmässig eine Massage- und Fussreflexzonentherapie durchführte, deren Intensität nach dem Unfall sich in keiner Weise von derjenigen vor dem Unfall unterschied (UV-act. 32). Gerade auch dieser Umstand lässt die Bedeutung des Unfallereignisses oder zumindest einen fortdauernden Einfluss desselben fraglich erscheinen. Angesichts des Gesagten liegt insgesamt eine Situation vor, die es nicht zulässt, fortdauernde Beschwerden über das



Datum der Leistungseinstellung dem Unfallereignis zuzuordnen und anzunehmen, dass versäumte Therapien zu einer Verlängerung der Heilungsdauer geführt hätten.

4.5 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. April 2011, d.h. ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis, für die lumbalen Beschwerden, und per 31. Oktober 2011, d.h. ein ganzes Jahr nach dem Unfallereignis, für die Nacken- und Kopfschmerzen, von einem Wegfall der Kontusionsfolgen bzw. Folgen der *Commotio cerebri* als Ursache der noch geklagten LWS-, HWS- und Kopfschmerzen auszugehen ist. Eine weitergehende Leistungspflicht wegen objektiver organischer Unfallrestfolgen infolge der Kontusion bzw. *Commotio cerebri* lässt sich nicht begründen.

5.

5.1 Zu prüfen bleibt, ob die geltend gemachten Kopf- und Nackenschmerzen auf eine Schleudertraumaverletzung oder eine äquivalente Verletzung zurückzuführen sind. Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nämlich bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädelhirntraumata (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03 E. 4.2.1; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, E. 3; BGE 117 V 369 E. 3e) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Dabei ist nicht entscheidend, ob die im Anschluss an solche Verletzungen geklagten Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnliche Verletzung typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, diesbezügliche Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. E. 5d/aa).

5.2 Sind die über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge zu erklären,



ist wie von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid dargelegt (vgl. UV-act. 57, vgl. Ziff. 5) eine eigenständige Adäquanzprüfung - entweder nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen massgebenden Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 134 V 109 oder nach den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen der Psycho-Praxis gemäss BGE 115 V 133 - durchzuführen. Für die Anwendbarkeit der Schleudertrauma-Praxis ist ausschlaggebend, dass ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung diagnostiziert wurde und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorlag (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2010, 8C\_1021/2009, E. 5.2). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädelhirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen (Urteil vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e).

5.3 Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri* liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, E. 3.2, und vom 13. Juni 2005, U 276/04, E. 2.2.1). Vorliegend diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 26. Februar 2012 (UV-act. 14) aufgrund des vom Beschwerdeführer beschriebenen Kopfanpralls auf dem Eis und der angeblichen nachfolgenden Übelkeit einen Status nach *Commotio cerebri*, erachtete hingegen eine *Distorsion der HWS*, trotz *Beinträchtigung bzw. Kontusion der HWS* (vgl. Erwägung 3.3), aufgrund des Unfallmechanismus nachvollziehbar als wenig wahrscheinlich.



5.4 Gegenüber Dr. G.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer an, nach dem Kopfanprall auf dem Eis eine grosse Übelkeit und erhebliche Nackenschmerzen verspürt zu haben und seitdem häufiger unter Migräneanfällen zu leiden. Die Migränen würden vom Hals ausgehen und manchmal zu leichtem Schwindel und etwas Übelkeit führen (UV-act. 14). In seinen Berichten vom 1. März (UV-act. 3) bzw. 8. November 2011 (UV-act. 8) hatte Dr. C.\_\_\_\_ "nur" ein cervicovertebrales Syndrom angenommen und auf eine muskuläre Dysbalance hingewiesen. An sich typischerweise unmittelbar nach einem Schädelhirntrauma auftretende Kopfschmerzen sind sodann erstmals in einer Notiz der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2011 über ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer (UV-act. 7), d.h. ein Jahr nach dem Unfall erwähnt. In den medizinischen Akten sind Kopfschmerzen sogar erst am 3. Mai 2012 durch Dr. D.\_\_\_\_, d.h. also rund eineinhalb Jahre nach dem Unfall, vermerkt. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 21. Oktober 2010 unter Migräne litt, stellt sodann einen unfallfremden Faktor dar, der ein zusätzliches Indiz gegen eine Unfallkausalität darstellt. Zur unfallkausalen vorübergehenden Verschlimmerung der Migräne wurde in Erwägung 4 Stellung genommen. Die von Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 5. April 2013 erwähnte Schwindelsymptomatik ist offensichtlich neu, d.h. seit vier Monaten aufgetreten (UV-act. 50), und kann damit nicht mehr dem Unfall zugeordnet werden. Schwindel und Übelkeit wurden ausserdem gegenüber Dr. G.\_\_\_\_ als Begleiterscheinungen der Migräne und nicht als eigenständige Beschwerdesymptome geschildert (UV-act. 14, S. 5). Insgesamt ist mithin festzustellen, dass das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, welches Langzeitbeschwerden zur Folge hätte, und die Anwendung der Schleudertraumapraxis rechtfertigen würde, im konkreten Fall insofern auszuschliessen ist, als im Nachgang zum Unfall vom Oktober 2010 weder innerhalb der erforderlichen Latenzzeit, aber auch nicht bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende Oktober 2011, von einem sich als bunt auszeichnenden Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden gesprochen werden kann. Eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 134 V 109 begründeten Rechtsprechung bzw. der sogenannten Schleudertrauma-Praxis fällt demnach ausser Betracht.

5.5 In Frage käme damit lediglich noch eine Adäquanzprüfung nach Massgabe der in BGE 115 V 133 begründeten Rechtsprechung zu den psychogenen Unfallfolgen. Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen können Teil einer psychischen Problematik sein. Der Beschwerdeführer verneint jedoch, dass psychische Faktoren für die



## St.Galler Gerichte

Chronifizierung seiner Beschwerden verantwortlich seien (vgl. act. G 5, S. 3, Ad 9). Eine psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers wurde nach dem Unfall vom Oktober 2010 nicht durchgeführt. Selbst bei Vorliegen einer psychischen Komponente entspricht diese jedoch offensichtlich einer unfallfremden erhöhten psychischen Belastung des Beschwerdeführers (vgl. dazu UV-act. 7: "einen stressigen, anspruchsvollen Job"; UV-act. 32: "stressbedingte Schlafstörungen"). Hierbei handelt es sich um Vorzustände bzw. unfallfremde Faktoren, welche eine psychische Fehlentwicklung infolge unfallkausaler somatischer Beschwerden zum Vornherein und damit eine Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psychopraxis ausschliessen.

6.

Dem Begehren, es sei ein ergänzendes Gutachten einzuholen, ist nicht stattzugeben. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung vgl. BGE 131 I 157 E. 3, 124 V 94 E. 4b; Praxis 88/1999 Nr. 117 S. 636 ff.; SVR 1996 UV Nr. 62 E. 3d S. 212 f.).

7.

Zusammenfassend lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2013 nicht beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinn der vorstehenden Erwägungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

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