



**Fall-Nr.:** UV 2009/103  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 07.04.2020  
**Entscheiddatum:** 03.08.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.08.2010**

**Art. 6 UVG, Art. 4 ATSG: Natürliche Kausalität zwischen einer operativ therapierten Diskushernie auf Höhe C6/7 und einem Unfallereignis mit Kontusion des Kopfs verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. August 2010, UV 2009/103).**

Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 3. August 2010

in Sachen

K.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:



A.

A.a Der 1959 geborene K.\_\_\_\_ war bei der F.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 30. November 2007 bei der Postzustellung bzw. als er sich beim Aufheben eines heruntergefallenen Briefs aufrichtete mit dem Kopf gegen eine runde, vor einer Haustür zur Dekoration aufgehängte Holzwurzel stiess (Suva-act. I/1). Dr. med. A.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bestätigte im Arztzeugnis vom 2. Januar 2008 eine Erstbehandlung am 5. Dezember 2007 und diagnostizierte ein Cervicovertebral- sowie ein Cervicobrachialsyndrom linksseitig nach Kopfanprall links. Im Weiteren attestierte er dem Versicherten ab 6. Dezember 2007 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act I/8). Die auf Zuweisung von Dr. A.\_\_\_\_ am 10. Dezember 2007 im Röntgeninstitut B.\_\_\_\_ durchgeführte röntgenologische Untersuchung der HWS und BWS hatte eine Schief- und Streckhaltung der HWS, eine skoliotische Fehlhaltung der oberen BWS, degenerative Veränderungen der HWS und Schmorl'sche Knoten im mittleren und unteren BWS-Bereich ergeben (Suva-act. I/2). Ab 18. Dezember 2007 war der Versicherte von Dr. med. C.\_\_\_\_, Chiropraktor, wegen eines HWS-Distorsionstrauma behandelt worden, worauf sich die Beschwerden sukzessive zurückgebildet hatten (Suva- act. I/3, 9a). Am 9. Januar 2008 nahm der Versichert seine Arbeit zu 37% und am 26. Januar 2008 wieder zu 100% auf (Suva-act. I/5, 6). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 30. November 2007 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

A.b Am 16. Oktober 2008 stürzte der Versicherte auf einer Pilgertour zu Fuss. Ein Rad des von ihm gezogenen Gepäckwagens geriet über den Wegrand hinaus, sodass dieser kippte. Deshalb und wegen des seitlichen Zugs auf seinen Körper verspürte er einen zwickartigen Schmerz im Rücken, das linke Knie verdrehte sich und durch den anschliessenden Sturz schlug er sich den linken Ellbogen an. In den folgenden Tagen litt der Versicherte unter Rücken-, insbesondere LWS-Beschwerden, Arm- und Kniebeschwerden. Nach einigen Tagen Pause nahm er den Fussmarsch wieder auf. Kurz darauf kippte der Wagen abermals um und riss den Versicherten ein Stück weit einen Hang hinunter. Die Beschwerden verstärkten sich dadurch erneut. Am 30. Oktober 2008 beschloss er, die Pilgertour abubrechen (Suva-act. II/1, 16).



## St.Galler Gerichte

A.c Am 31. Oktober 2008 konsultierte der Versicherte Dr. A.\_\_\_\_, der eine Epicondylitis lateralis links, ein Hyperextensionstrauma des linken Kniegelenks sowie ein Thorakovertebralsyndrom diagnostizierte und das ausschliessliche Vorliegen von Unfallfolgen bestätigte. Der Arzt attestierte dem Versicherten ab 30. Oktober 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. II/2, 7). Ab dem 13. November 2008 wurde der Versicherte in der Klinik Valens ambulant behandelt (Suva-act. II/8, 10). Die Suva anerkannte auch für den Unfall vom 16. Oktober 2008 ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) (Suva-act. II/5, 6).

A.d Während der Therapie in der Klinik Valens klagte der Versicherte zunehmend über eine über die Beschwerden der Epikondylitis humeroradialis links hinausgehende Schmerzausstrahlung in den linken Arm lateralseitig, beginnend vom cervicothorakalen Übergang über den Schulterblattbereich, zum Teil axillär ziehend, und mit Sensibilitätsstörung von Daumen und Zeigefinger links sowohl dorsal als auch volarseitig. Kurzfristig sei es auch zu einem Einschlafen im Hand- und Fingerbereich gekommen (Suva-act. II/10). Die am 25. November 2008 in der Klinik Stephanshorn, Wirbelsäulenchirurgie Ostschweiz, St. Gallen, durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS zeigte eine interforaminale Diskushernie auf Höhe C6/7 links mit Wurzelkompression C7 links und eine mittelgradige Chondrose (Suva-act. II/11). Die Klinik Valens stellte darauf in ihrem Bericht vom 28. November 2008 die Diagnose: Zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 links mit/bei Osteochondrose C6/7 mit linksforaminaler Diskushernie und sekundärer Stenose des Neuroforamens und somit erklärbarer Alteration der austretenden C7-Wurzel, aktuell aufgetreten seit 19. November 2008 (Suva-act. II/10). Am 8. Dezember 2008 erfolgte in der Klinik Stephanshorn die operative Behandlung der Diskushernie (Suva-act. II/14).

A.e Nachdem die Suva die Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, zur ärztlichen Beurteilung unterbreitet und Dr. A.\_\_\_\_ um Bericht über die unfallbedingte Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit ersucht hatte (Suva-act. II/18, 19, 20), teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 2. April 2009 mit, dass die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfälle eingestellt hätte (status quo sine), sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am



## St.Galler Gerichte

8. Dezember 2008 erreicht. Was die Unfallfolgen anbelange, müsse der Fall deshalb per 8. Dezember 2008 abgeschlossen und müssten die Leistungen (Taggeldleistungen und Heilkosten) per vorgenanntem Datum eingestellt werden (Suva-act. II/21). Der Versicherte nahm dazu mit Schreiben vom 20. April 2009 Stellung (Suva-act. II/24).

A.f Mit Verfügung vom 13. Juli 2009 hielt die Suva an ihrer Leistungseinstellung per 8. Dezember 2008 fest (Suva-act. II/27).

B.

Die gegen diese Verfügung am 14. August 2009 erhobene Einsprache (Suva-act. II/29) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 15. September 2009 ab (Suva-act. II/31).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. Oktober 2009 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und der Fall sei zur Neubeurteilung zurückzuweisen. Dazu sei ein neutrales Gutachten zu erstellen. Der Kreisarzt der Suva, Dr. D.\_\_\_\_, solle den Beschwerdeführer zudem persönlich untersuchen. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens, des neutralen Gutachtens und der Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ seien von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Zusammen mit der Beschwerde wurde ausserdem eine Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt des Rehasentrums Leukerbad, vom 9. Oktober 2009 eingereicht.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 3. November 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik vom 24. November 2009 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

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

Erwägungen:



1.

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 8. Dezember 2008 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat bzw. ob die am 8. Dezember 2008 operativ behandelte Diskushernie C6/C7 in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 30. November 2007 stand. Nicht geltend gemacht wird eine Kausalität zwischen der Diskushernie C6/7 und dem Unfall vom 16. Oktober 2008. So lassen sich denn auch weder hinsichtlich des geschilderten Unfallereignisses noch in den echtzeitlichen medizinischen Akten Hinweise dafür finden, dass vom seitlichen Zug auf den Körper wegen des umkippenden Gepäckwagens und vom nachfolgenden Sturz nebst der Lendengegend, dem Kniegelenk und dem Oberarm auch der Halswirbelsäulenbereich betroffen gewesen wäre (Suva-act. II/1, 2, 8, 16).

2.

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ob zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss auch der Wegfall eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob eine leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder



degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, der sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b in fine). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchführung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003 i/S S. [U 287/02] E. 4.4).

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese



abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). 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 351 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Eine ärztliche Beurteilung auf Grund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. D. \_\_\_ am 6. März 2009 (Suva-act. II/18) erstellt wurde, ist gleichfalls nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.6).

### 3.

3.1 Nach der unfallmedizinischen Erfahrung entstehen praktisch alle Diskushernien (vgl. zu diesem Begriff Debrunner, Orthopädie. Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., S. 778 ff. und 878 ff.) bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen. Ein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [SR 830.1; ATSG]) kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Voraussetzung ist, dass das fraglichen Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und dass die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftraten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxismässig auch für Rezidive und allfällige Operationen



aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005 [U 163/05] i/S R., E. 3.1, und vom 18. Februar 2002 [U 459/00] i/S K., E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2008 [8C\_213/2008] i/S K., E. 3.3; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17). Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für eine richtunggebende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes, wenn und soweit also durch den Unfall eine Diskushernie früher oder beschleunigt zur Entwicklung gebracht wurde. Wird eine vorbestandene Diskushernie durch den Unfall lediglich manifest, müssen die dadurch ausgelösten Beschwerden innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Brust- und Lendenwirbelbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben. Bei einer vorbestehenden Diskushernie der Halswirbelsäule beträgt das beschwerdefreie Intervall in der Regel lediglich wenige Stunden. Für spätere Rezidive hat die Unfallversicherung nur einzustehen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (RKUV Nr. U 378 S. 191 E. 3 und Urteile des EVG vom 18. August 2000 [U 4/00] i/S H., E. 3b, und vom 3. März 2005 [U 218/04] i/S W., E. 6.1).

3.2 Das MRI der HWS vom 25. November 2008 ergab eine Diskushernie auf Höhe C6/7 links mit Wurzelkompression C7 links sowie eine mittelgradige Chondrose (Suva-act. II/11). Anlässlich der am 10. Dezember 2007 und damit kurze Zeit nach dem Unfallereignis vom 30. November 2007 durchgeführten röntgenologischen Untersuchung der HWS waren eine Schief- und Streckhaltung sowie degenerative Veränderungen erhoben worden (Suva-act. I/2). Aus der Zeit vor dem Unfallereignis vom 30. November 2007 liegen keine entsprechenden Unterlagen vor. Da Diskushernien auf normalen Röntgenbildern nicht direkt sichtbar sind und die Abnützung nur gelegentlich als eine Verschmälerung des knöchernen Wirbelabstandes indirekt nachweisbar ist (vgl. dazu <http://www.orthopädie-zürich.ch/uehlinger/wirbelsäulenoperation.html>, Abfrage vom 1. Juni 2010; Debrunner, a.a.O., S. 881 f.), liegen mithin - wie auch vom Beschwerdeführer in seinem Schreiben vom 20. April 2009 geltend gemacht - zumindest keine beweiskräftigen bildgebenden Unterlagen vor, welche den genauen Zeitpunkt der tatsächlichen Entstehung der - zunächst allenfalls symptomlos vorhanden gewesenen - Diskushernie C6/7 des Beschwerdeführers belegen würden.



3.3 Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist jedoch zunächst - den in Erwägung 3.1 dargelegten medizinischen Erfahrungstatsachen folgend - eine direkt durch den Unfall verursachte Diskushernie bzw. ein die Bandscheiben schädigender Unfall. Eine besondere Schwere mit einer Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, ist in Bezug auf das Unfallereignis vom 30. November 2007 nicht erkennbar. Letztlich haben wir es mit dem "blossen" Anschlagen des Kopfs zu tun. Eine Arbeitsunfähigkeit ist in den Akten erst ab 6. Dezember 2007 belegt (Suva-act. I/1, 5, 8). Eindeutige Hinweise auf Beschwerden und Symptome einer Diskushernie oder eine Aussage eines Arztes, dass eine solche erwogen worden wäre, fehlen in den echtzeitlichen Akten ebenfalls (Suva-act. I/3, 8). Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 30. November ein Cervicovertebral- sowie ein Cervicobrachialsyndrom. Das Vorliegen von Schmerzsyndromen bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl. 2003, S. 1540) 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 - eben auch degenerative Ursachen - bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Die von Dr. A. \_\_\_ diagnostizierten Syndrome sind im Übrigen auch typisch für eine HWS-Distorsion ohne klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung. Ein - nur indirekter - Hinweis auf Gefühlsstörungen im linken Arm ist sodann erst dem mehr als ein Jahr nach dem fraglichen Unfall erstellten SUVA-Bericht vom 5. Februar 2009 zu entnehmen. Der Beschwerdeführer hielt damals gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, es hätten sich etwa im April 2008 auch keine Gefühlsstörungen im linken Arm mehr gezeigt (Suva-act. II/16). Daraus könnte grundsätzlich abgeleitet werden, dass er zuvor solche aufwies. Explizit führte der Beschwerdeführer erst in der Beschwerdeeingabe und in der Replik Nacken- und Armschmerzen mit Gefühlsstörungen in zwei Fingern bzw. im Zeig- und Mittelfinger der linken Hand an. Abgesehen davon, dass die Wahrscheinlichkeit dieser Beschwerden durch ihre sehr späte Bezeichnung nicht unbedingt erhärtet wird, ist an dieser Stelle desgleichen darauf hinzuweisen, dass solche Beschwerden in der Regel auch von Patienten mit HWS-Distorsion beklagt werden (vgl. dazu Liste in H. Schmidt/J. Senn



Hrsg., Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.), wogegen der Beschwerdeführer von Dr. C.\_\_\_\_ im Übrigen behandelt wurde (Suva-act. I/3). Der Beweis eines prätraumatischen und echtzeitlich posttraumatischen MRI-Bildes ist nicht mehr zu erbringen. Nachdem jedoch die damals behandelnden Ärzte Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ eine MRI-Abklärung offensichtlich nicht als nötig erachteten, spricht besagter Umstand letztlich ebenfalls gegen einen die Bandscheiben mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit schädigenden Unfall. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Diskushernie nicht als durch den Unfall vom 30. November 2007 verursacht betrachtet werden kann. Ebenso wäre demnach die richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestandenen Diskushernie zu verneinen.

3.4 Dr. D.\_\_\_\_ geht in seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. März 2009 (Suva-act. II/18) grundsätzlich nicht von einer vorbestandenen Diskushernie aus. Er hebt jedoch aus der von ihm ausführlich dargelegten Anamnese die seit Ende 2007 röntgenologisch bekannten degenerativen bzw. spondylotischen, spondylarthrotischen sowie unkarthrotischen Veränderungen hervor (vgl. Suva-act. I/2) und weist darauf hin, dass somit ein degenerativ verändertes Bewegungssegment vorliege, bei dem jederzeit eine Diskushernie auftreten könne. Dies habe sich beim Beschwerdeführer realisiert. Der Zeitpunkt, an dem die Diskushernie aufgetreten sei, lasse sich dank den Beobachtungen in der Klinik Valens genau auf den 19. November 2008 festlegen. - Tatsächlich ist das konkrete Vorliegen von Diskushernienbeschwerden - wie in Erwägung 3.3 dargelegt - nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einem früheren Zeitpunkt belegt. Die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ ist ohne weiteres nachvollziehbar und schlüssig, indem sie in der Erfahrungsmedizin und in der konkreten Anamnese eine eindeutige Stütze findet. So ist eine chronische Wirbelsäulendegeneration ein laufender Prozess, der unmerklich schleichend, aber auch unvermittelt und schlagartig, kompliziert werden kann (Debrunner, a.a.O., S. 878). Es ist ohne weiteres denkbar, dass sich vorliegend innerhalb von mehr als einem Jahr eine Diskushernie entwickelt hat. Dies zumal es sich bei den beim Beschwerdeführer erhobenen Degenerationen um häufige Vorstadien oder Begleiterscheinungen einer solchen handelt (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 852 ff.). Auch die Skoliose stellt eine vorbestehende Wachstumsdeformität dar, die gerade degenerative Veränderungen wie Spondylosen und nachfolgend eben auch Diskushernien zur Folge haben kann (vgl.



dazu Debrunner, a.a.O., S. 827, 852). Während also bereits mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist, dass der Unfall vom 30. November 2007 eine Diskushernie verursacht hat, erscheint zudem ein rein degenerativer Vorgang, wie er von Dr. D. \_\_\_ beschrieben wurde, ohne weiteres nachvollziehbar, womit eine Unfallkausalität überhaupt ausgeschlossen wäre.

3.5 Selbst wenn aber davon ausgegangen wird, dass vor dem fraglichen Unfall bereits eine stumme Diskushernie bestanden hat, müssen unfallbedingte Diskushernienbeschwerden bzw. eine diesbezügliche Leistungspflicht über den 8. Dezember 2008 hinaus verneint werden. In Betracht fällt die Möglichkeit, dass die Bandscheibe des Beschwerdeführers durch den Kopfanprall traumatisiert wurde und eine vorbestandene Diskushernie lediglich manifest oder vorübergehend verschlimmert wurde. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Nach derzeitigem medizinischen Wissensstand heilen Kontusionen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit - in der Regel innerhalb von sechs Monaten, spätestens jedoch innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr (bei degenerativen Veränderungen) - folgenlos ab und die damit verbundenen Beschwerden bilden sich gänzlich zurück. 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 [1994], S. 45). Selbst anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen sowie eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit vermögen in diesen Fällen nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. eine andauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zu sprechen. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Diesfalls können anhaltende Beschwerden mit unfallfremden Befunden, beispielsweise degenerativer Art, erklärt werden. Auf Grund des Gesagten wäre nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung, d.h. rund ein Jahr nach dem Unfallereignis, von einem Wegfall der Verletzungsfolgen als Ursache der Diskushernienbeschwerden



auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers war nach dem Unfall vom 30. November 2007 am 26. Januar 2008 wieder vollständig hergestellt. Ab dem 25. Februar 2008 folgten offenbar noch einige Behandlungen durch den Chiropraktor Dr. C.\_\_\_\_, anschliessend wurde die Behandlung jedoch abgeschlossen (Suva-act. I/9). Bis zur Erstbehandlung am 31. Oktober 2008 infolge des Sturzes vom 16. Oktober 2008 sind sodann keine ärztlichen Behandlungen mehr aktenkundig. Auch mit Blick auf die konkrete Anamnese wäre damit der allenfalls durch den Unfall vom 30. November 2007 ausgelöste Schmerzschub in Bezug auf eine vorbestandene Diskushernie offensichtlich bereits nach rund wenigen Monaten klassisch abgeheilt. Weitere medizinische Abklärungen vermöchten an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern.

3.6 Die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Oktober 2009 vermögen ebenfalls keine über den 8. Dezember 2008 hinaus andauernde Unfallkausalität zu belegen. Dr. E.\_\_\_\_ hält zwar zutreffend, jedoch letztlich nur allgemein fest, es sei bekannt, dass in allen Wirbelsäulenabschnitten Diskushernien auftreten könnten, welche asymptomatisch seien. Weiterhin sei bekannt, dass vorbestehende Diskushernien durch ein Trauma symptomatisch werden könnten. Die am 25. November 2008 vorgenommene MRI-Untersuchung sei aufgrund der am 19. November 2008 aufgetretenen akuten cervicoradikulären Reizsymptomatik C7 links durchgeführt worden. Unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 30. November 2007 sei keine MRI-Untersuchung erfolgt. Es könne also nicht schlüssig nachgewiesen werden, ob die Diskushernie C6/7 schon vor der Durchführung der MRI-Untersuchung bestanden habe. Diese grundsätzlich ebenfalls richtigen Feststellungen wurden im Rahmen der vorangehenden Erwägungen berücksichtigt, jedoch so gewertet, dass sie keine über den 8. Dezember 2008 hinaus gehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen. Erwogen wurde auch, dass infolge des Unfallereignisses vom 30. November 2007 eine Reizsymptomatik links nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist und selbst unter der Annahme einer solchen spätestens bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung von einer Heilung der allenfalls vorbestandenen, traumatisierten Diskushernie ausgegangen werden müsste (Erwägungen 3.3, 3.5). Dr. E.\_\_\_\_ kommt zusammenfassend zum Schluss, dass seiner Meinung nach die Diskushernie C6/7 links durchaus durch den Unfall vom 30. November 2007 symptomatisch geworden oder sogar durch den Unfall bedingt sei. Letztere Variante wird allerdings von ihm in keiner Weise begründet und



deren Unwahrscheinlichkeit wurde in den vorangehenden Erwägungen ausführlich dargelegt. Dr. E.\_\_\_\_ stellt seine Schlussfolgerung letztlich auch selber in Frage, indem er hinzufügt, die in der Klinik Valens durchgeführte Therapie habe bei vorbestehender Diskushernie C6/7 ebenfalls eine Reizung der Nervenwurzel C7 auslösen können. Dem Einwand des Beschwerdeführers, er habe vor dem Unfall vom 30. November 2007 nie Gefühllosigkeit und Kribbeln in den Fingern und auch nie solche Nackenschmerzen verspürt, wie er sie seither öfters habe, was auf eine Unfallkausalität hinweise, ist schliesslich entgegen zu halten, dass im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung allgemein von Bedeutung ist, 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.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zwischen der am 8. Januar 2008 operativ therapierten Diskushernie C6/7 und dem Unfallereignis vom 30. November 2007 mit dem Beweisgrad der überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht zu Recht per 8. Dezember 2008 verneint.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 15. September 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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