



Fall-Nr.: UV 2010/15
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 08.04.2020
Entscheiddatum: 14.10.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 14.10.2010

Art. 6 UVG: Sturz mit dem Fahrrad mit Kontusionen der LWS, des linken Oberschenkels und der beiden Fersen bei vorbestehenden Rückenbeschwerden und Psychischen Beschwerden. Gestützt auf die medizinischen Akten ist die Leistungseinstellung 9 Monate nach dem Unfallereignis zu Recht erfolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Oktober 2010, UV 2010/15).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 14. Oktober 2010

in Sachen

P.____,

Beschwerdeführer,

gegen

Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, 1007 Lausanne,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Invalidenrente und Integritätsentschädigung

Sachverhalt:



A.

A.a Der 1958 geborene P.____ war für das A.____ mit einem Beschäftigungsgrad von 50% tätig und dadurch bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Vaudoise) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 13. November 2007 mit dem Fahrrad auf dem Heimweg war und an einer Kreuzung von einem Personenwagen angefahren wurde, so dass er stürzte (act. G 3.1/3). Nachdem er mit der Ambulanz ins Spital Wil gebracht worden war, wo er bis zum 17. November 2007 hospitalisiert blieb, diagnostizierten die behandelnden Ärzte mehrere Kontusionen am linken Oberschenkel, der LWS und am Calcaneus (Fersenbein) beidseits sowie ein fragliches Schädelhirntrauma I. Grades. Neurologisch war der Versicherte unauffällig (act. G 3.1/4). Die Röntgenbilder ergaben keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen (act. G 3.1/10). Nach dem Spitalaustritt attestierte ihm sein Hausarzt Dr. med. B.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 24. Dezember 2007 (act. G 3.1/17). Danach nahm der Versicherte die Arbeit wieder zu 25% auf (act. G 3.1/31). Die Vaudoise anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

A.b Vom 4. Februar bis 14. März 2008 fanden in der Klinik Teufen ambulante Rehabilitationsbehandlungen statt. Gestützt darauf diagnostizierten die Ärzte mit Bericht vom 31. März 2008 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.11) im Rahmen einer Anpassungsstörung nach dem Unfall sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) (act. G 3.1/23).

A.c Ab 21. April 2008 arbeitete der Versicherte wieder in einem Arbeitspensum von 35% (act. G 3.1/60). Im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung beurteilte Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie / Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit Rheumatologischem Gutachten vom 23. September 2008 die erhobenen Befunde als in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. November 2007 stehend (act. G 3.1/62a). Gemäss dem Gutachten des Schweizerischen Instituts für Versicherungsmedizin (SIVM) vom 23. März 2009 war beim Versicherten aus interdisziplinärer Sicht der Status quo sine im August 2008 wieder erreicht (act. G 3.1/62).



A.d Mit Verfügung vom 7. April 2009 eröffnete die Vaudoise dem Versicherten die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. August 2008 mit der Begründung, dass die noch geklagten Beschwerden krankheitsbedingter und degenerativer Natur seien und daher nicht auf den Unfall vom 13. November 2007 zurückgeführt werden könnten. Auf eine Rückforderung der nach dem Einstellungsdatum erbrachten Leistungen wurde explizit verzichtet (act. G 3.1/65).

B.

Die gegen die Verfügung vom 7. April 2009 von der Rechtsabteilung der Beratungsstelle für Ausländer, Zürich, für den Versicherten erhobene Einsprache (act. G 3.1/66) wies die Vaudoise mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 2010 ab. (act. G 3.1/70)

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vom Versicherten erhobene Beschwerde vom 2. März 2010 mit den Anträgen, den angefochtenen Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zur Ausrichtung einer Unfallrente von 20% und einer Integritätsentschädigung von 20% zu verpflichten. Der Beschwerdeführer begründet seine Beschwerde dadurch, dass er gestützt auf den Bericht seines Psychiaters Dr. med. D.____, Psychiatrie / Psychotherapie, mindestens zu 60% arbeitsunfähig sei, gemäss Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine starke psychische Erkrankung vorliege und er laut dem Bericht von Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH Neurochirurgie, vom 5. November 2008 an Wirbelbeschwerden leide. Obgleich diese Wirbelbeschwerden wie auch die psychischen Beschwerden bereits vor dem Unfall bestanden hätten, hätten seine Leiden seit dem Unfall wesentlich zugenommen (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 5).

Erwägungen:



1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 13. November 2007 und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen bis 31. August 2008. Streitig ist, ob sie auch für die nach diesem Zeitpunkt (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Probleme entsprechende Versicherungsleistungen zu erbringen hat. Der Beschwerdeführer hat zwar die Ausrichtung von Rentenleistungen und eine Integritätsentschädigung beantragt. Darauf kann allerdings nicht eingetreten werden, da diese Leistungsarten nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bilden.

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1 mit Hinweisen; BGE 129 V 177 E. 3.1). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz



nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen.

2.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, 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. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, 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).

3.

Im interdisziplinären Gutachten des SIVM vom 23. März 2009 wurden folgende neurologischen (1.), rheumatologischen (2.) und psychiatrischen (3.) Diagnosen gestellt: 1. chronisches lumbovertebrales Syndrom (ICD-10 M54.4) mit linksbetonten pseudo-radikulären Schmerzausstrahlungen bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule, insbesondere beginnendem engem lumbalem Spinalkanal, linkskonvexe Skoliose der LWS, chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen (ICD-10 G44.2), unspezifischer Schwindel (ICD-10 R42), nicht neurogene Fusschmerzen, 2. chronifiziertes Schmerzsyndrom im unteren BWS- und Sakrumbereich, dem linken Bein und rechten Oberschenkel bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung und strukturell nicht erklärbar, ein Status nach Velounfall ohne strukturell fassbare Läsion, ausgeprägte Spreizfüsse, Hallux valgus, Krallenzehen v.a. Dig II, weniger Dig III beidseits, 3. anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), komorbide depressive Störung leicht bis mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.01/F33.11) sowie eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeit (ICD-10 F60.6). Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass er zwar bereits vor dem Unfall unter Beschwerden im Bereich der Wirbelkörper und der Psyche gelitten habe, diese nun aber seit dem Unfall wesentlich ausgeprägter seien.

4.

4.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Gemäss dem Bericht des Spitals Wil vom 17. November 2007 erlitt der Beschwerdeführer mehrere Kontusionen am linken Oberschenkel, an der LWS und



St.Galler Gerichte

an beiden Füssen im Bereich des Calcaneus (act. G 3.1/4). Laut Bericht vom 26. November 2007 ergaben die röntgendiagnostischen Untersuchungen im Spital Wil keine Hinweise auf frische ossäre Läsionen (act. G 3.1/10). Gemäss dem im SIMM-Gutachten erwähnten Untersuchungsbericht des Rodiag Diagnostic Centers, Wil, vom 17. Juni 2008 wurde infolge der seit Jahren anhaltenden Rückensymptomatik ein MRT der LWS erstellt, wobei die MRT-Voruntersuchung vom Oktober 2006 ebenfalls vorlag. Aktuell zeigte sich eine diskrete flache Protrusion L3/4 mit Einriss des Anulus fibrosus, eine flache links laterale Diskushernie im Segment L4/5 mit Kontaktierung und Irritation der linken L5-Wurzel im Recessus. Weiter zeigte sich keine relevante Dynamik im Verlauf, eine leichtgradige linksbetonte disco-ossäre foraminale Einengung, ein Schmorl'sches Knötchen der Grundplatte des 4. LWK, im Verlauf leicht progredient eine Osteochondrose L5/S1, eine flache medio-bilaterale Protrusion, keine intraspinale Wurzelkompression, eine leicht- bis mittelgradige disco-ossäre foraminale Einengung links sowie leichtgradige Einengung rechts. Schliesslich eine deutliche lumbale Spondylarthrose, hypertrophierte Ligamenta flava und eine beginnende Einengung des Spinalkanals vor allem L4/5 (act. G 3.1/62 S. 6). Für Dr. F.____ zeigten die MRI-Bilder der LWS vom Sommer 2008 im Wesentlichen den gleichen Befund wie die Bilder von 2006 (act. G 3.1/69b), als der Fahrradunfall noch nicht passiert war. Aus neurologischer Sicht seien die bereits in jungen Jahren dokumentierten degenerativen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule laut SIMM-Gutachten auffällig. In den vergangenen Jahren hätten sie stetig zugenommen und bei der letzten bildgebenden Untersuchung am 17. Juni 2008 eine Stenosierung des Spinalkanals auf Höhe L4/5 gezeigt. Wahrscheinlich habe der Beschwerdeführer beim Sturz vom 13. November 2007 die degenerativ veränderte Wirbelsäule traumatisiert, was die Beschwerdezunahme danach erkläre. Das Fortschreiten der Degeneration erkläre das Andauern der Beschwerden und ergebe eine ungünstige funktionelle Langzeitprognose. Die vorliegenden medizinischen Berichte wiesen nicht auf eine Verletzung der Nervenwurzeln beim Unfall vom 13. November 2007 hin. Die Schmerzen im Bereich des unteren Rückens seien wahrscheinlich heute Ausdruck des Alterungsprozesses der Wirbelsäule, der bereits früher eingesetzt habe und beim Unfall vorübergehend verstärkt worden sei (act. G 3.1/62 S.19). Der Rheumatologe Dr. C.____ hielt fest, dass vor dem Unfall radiologisch eine Diskushernie im Segment L5/S1 links dargestellt worden sei, welche in den neueren MRI-Aufnahmen nicht mehr bestehe. Dafür fänden



sich mehrsegmental-degenerative Veränderungen und eine Diskushernie im Segment L4/5. Grundsätzlich hänge die Bedeutung von degenerativen Veränderungen respektive Diskushernien auf Röntgenbildern von den klinischen Untersuchungsbefunden ab. Isolierte radiologische Befunde (ohne dafür passende Klinik) blieben ohne oder nur mit geringem Krankheitswert. In einer Anmerkung weist Dr. C. ___ darauf hin, dass sich im klinischen Status eine thorakale Kyphosierung finde. Radiologisch sei ein Status nach Morbus Scheuermann bekannt, wobei es sich um eine Wachstumsstörung im Deck- und Bodenplattenbereich der Wirbelkörper handle, welche in der Pubertät stattfindet. Es könne dadurch (müsse aber nicht) zu einer Fehlstellung im Sinn einer thorakalen Hyperkyphosierung kommen. Vorliegend lasse die Schmerzchronifizierung und das fehlende Ansprechen auf sämtliche therapeutischen Massnahmen eine strukturell begründete Schmerzätiologie mit allergrösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen (act. G 3.1/62a S. 9).

4.1.1 Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) in ständiger Rechtsprechung festhält, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass Diskushernien in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen. Ein Bandscheibenvorfall kann nur dann als weitgehend durch eine äussere Einwirkung entstanden betrachtet werden, wenn die dabei wirkende Kraft ausserordentlich hoch - beispielsweise als Folge der bei Verkehrsunfällen wirkenden physikalischen Kräfte - war und der Unfall mithin geeignet war, eine prätraumatisch vollständig unauffällige Bandscheibe zu zerreißen (Wolfgang Meier, Lumbale Diskushernie und Unfall, in: Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [Dezember 1995], S. 14 ff.; RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 f. E. 2a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005 i/S R. [U 163/05] E. 3.1 und 18. Februar 2002 i/S K. [U 459/00] E. 3b). Diese Voraussetzungen sind vorliegend weder hinsichtlich des Unfallereignisses noch bezüglich des Gesundheitszustands vor dem Unfall - in den medizinischen Akten wird übereinstimmend von degenerativen Veränderungen gesprochen (act. G 3.1/62a S. 1 ff. 7, 9 f., G 3.1/62 S. 2 ff. 17 ff.) - erfüllt. Die Bandscheibenprotrusion (synonym: Bandscheibenvorwölbung oder „inkompletter Bandscheibenprolaps“) ist eine degenerative Veränderung der **Bandscheiben**. Hierbei wird der Anulus fibrosus (Faserring) der Bandscheibe im Gegensatz zum (kompletten) **Bandscheibenprolaps** nicht oder nur sehr gering durchgerissen, sondern



nach außen vorgewölbt (<http://de.wikipedia.org/wiki/Bandscheibenprotrusion>, Abfrage vom 24. September 2010; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 182). Bei der Spondylarthrose handelt es sich sodann um eine häufige degenerative, also nicht traumatisch bedingte, Veränderung an der Wirbelsäule, die Folge- oder Begleiterscheinung einer Diskushernie bilden kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 852 ff.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., S. 1810). Der Morbus Scheuermann ist schliesslich - wie Dr. C.____ ebenfalls ausführte - eine typische Wachstumskrankheit der Wirbelsäule (vgl. dazu Alfred Debrunner, a.a.O., S. 821 ff.), bei dessen Bestehen auf dem Röntgenbild eine Keilwirbelbildung und sogenannte Schmorl'sche Knötchen imponieren, was in den Wirbelkörper eingedrungenes Bandscheibengewebe darstellt (http://www.dr-gumpert.de/html/morbus_scheuermann.html, Abfrage vom 24. September 2010). Demensprechend wird das Vorliegen von Unfallfolgen in den beiden Gutachten vom 23. September 2008 und 23. März 2009 auch verneint und in den weiteren ärztlichen Berichten in keiner Weise festgehalten, die Schadenzunahme im Rückenbereich sei traumatisch bedingt. Damit steht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) fest, dass beim Beschwerdeführer eine durch den Fahrradsturz verursachte neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Wirbelsäulenbereich im Sinn einer strukturellen Veränderung auszuschliessen ist.

4.1.2 Im Weiteren ist hinsichtlich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auch eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung seiner degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule auszuschliessen. Es entspricht einer medizinischen 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 (E. Morscher, in: Baur/Nigst [Hrsg.], Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 191). Den ärztlichen Berichten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass sich der degenerative Zustand der Wirbelsäule im Zeitpunkt des Fahrradsturzes massiv verändert hätte. Vielmehr hielt Dr. F.____ mit Bericht vom 5. November 2008 fest, dass die MRI-Bilder der LWS sowohl vor dem Unfall als auch ein halbes Jahr später im Wesentlichen denselben Befund zeigten



(act. G 3.1/69b). Auch die SIVM-Gutachter hielten bezüglich der MR-Bilder fest, diese würden keine umschriebene, unfallbedingte Veränderung aufweisen, die auf eine richtunggebende Verschlimmerung hindeute (act. G 3.1/62 S. 24). Laut Dr. C.____ führte das Unfallereignis vom 13. November 2007 zu Prellungen im LWS-Bereich. Eine wesentliche Änderung des vorbestehenden Schmerzbildes habe nicht bestanden. Subjektiv werde lediglich eine Schmerzsteigerung sowie die Mitbeteiligung der Füsse beschrieben. Es ist zwar möglich, dass eine Kontusion der Wirbelsäule ohne Weiteres eine bisher stumme, vorbestehende Spondylarthrose oder andere Wirbelsäulenerkrankungen symptomatisch machen. Dabei handelt es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 5). Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend von einem anderen Verlauf auszugehen wäre, finden sich in den Akten keine.

4.1.3 Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder eine klar ausgewiesene neue bleibende Gesundheitsschädigung im Rücken im Sinn einer strukturellen Veränderung noch eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands erlitten hat.

4.2 Grundsätzlich kann ein Vorzustand durch einen Unfall auch ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung jedoch lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Die SIVM-Gutachter sahen die Schmerzzunahme im Rücken noch im Rahmen der durch den Fahrradsturz erlittenen Prellung. Während Dr. C.____ aus rheumatologischer Sicht davon ausging, dass der status quo ante ohne Nachweis einer Fraktur oder einer anderen strukturellen Schädigung nach gut drei Monaten wieder erreicht gewesen sei (act. G 3.1/62a S. 11), wurde auch im interdisziplinären Gutachten gesamtheitlich festgehalten, dass Rückenprellungen ohne Wirbelfrakturen innerhalb einiger Wochen verheilen würden. Vor dem Hintergrund der bereits damals bestehenden augenscheinlichen degenerativen Veränderungen sei nach sechs, spätestens neun Monaten der Status quo sine wieder erreicht gewesen (act. G 3.1/62 S. 25). Da vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, weshalb Zweifel an dieser Beurteilung bestehen sollten, ist der



anfänglich gegebene Zusammenhang zwischen der Zunahme der lumbalen Rückenbeschwerden und dem Unfall als weggefallen zu betrachten. Dies auch, 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). Schliesslich spricht der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen sowie eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit bestehen, nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. einer andauernden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. 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. Insofern als der Beschwerdeführer im Übrigen geltend macht, seine Rückenbeschwerden seien bis zum besagten Ereignis weniger ausgeprägt gewesen, ist festzuhalten, dass nach der Formel "post hoc ergo propter hoc" eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Auf die Ausführungen der SIMM-Gutachter ist vorliegend abzustellen. Sie basieren auf eigenen ärztlichen Untersuchungen, den Vorakten und einer umfassenden und nachvollziehbaren Würdigung des medizinischen Sachverhalts. Zudem liegen auch keine dazu im Widerspruch stehenden ärztlichen Berichte vor. Auf Grund des Gesagten ist nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. August 2008 von einem Wegfall der Prellungsfolgen als Ursache der Rückenbeschwerden auszugehen.

4.3 In Bezug auf die geklagten Fusschmerzen befand Dr. C.____, diese würden eher im Zusammenhang mit der diagnostizierten Fussdeformität, den deutlichen



Spreizfüssen mit Hallux valgus, unter Mitbeteiligung der somatoformen Schmerzstörung stehen. Es sei gut möglich, dass die beklagten Schmerzen im Zehen- und Fussbereich dadurch mitbegründet seien. Daher empfehle sich eine korrekte Einlagenversorgung, eventuell auch eine fussorthopädische Beurteilung (act. G 3.1/62a S. 9, 11). Da auch hier keine strukturellen Veränderungen aus dem Unfall resultierten und der Beurteilung von Dr. C.____ keine anderslautenden Befunde entgegenstehen, ist auf sie abzustellen. Somit hat die Beschwerdegegnerin die Unfallversicherungsleistungen auch hinsichtlich der Fussbeschwerden Ende August zu Recht eingestellt.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den geklagten somatischen Beschwerden auf Grund der vorliegenden medizinischen Akten spätestens bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung überwiegend wahrscheinlich dahingefallen ist. Etwas anderes ist auch den durch den Beschwerdeführer eingereichten Berichten, insbesondere jenen von Dr. med. G.____ vom 29. Dezember 2009 (act. G 1.6) oder von Dr. F.____ vom 5. November 2008 (act. G 1.5), nicht zu entnehmen.

5.

Zu prüfen ist im Weiteren die Kausalität zwischen Fahrradunfall und psychischer Beschwerdezunahme. Dazu hielten die SIVM-Gutachter in diagnostischer Hinsicht fest, es bestehe eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) sowie eine komorbide depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt leicht bis mittelgradig ausgeprägt vor dem Hintergrund einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (F 33.01/ F 33.11). Wenn man den vorliegenden Arztberichten, insbesondere dem Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 5. Februar 2007 folge, habe die somatoforme Schmerzstörung bereits vor dem Unfallereignis bestanden. Das Unfallereignis habe zu einer vorübergehenden Akzentuierung der Beschwerden (für drei bis sechs Monate) geführt. Dafür spreche der Bericht der Klinik Teufen vom 31. März 2003, in dem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.11) im Rahmen einer Anpassungsstörung nach dem Unfall sowie die bekannte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert worden sei. Mittlerweile liege aus psychiatrischer Sicht, dies entspreche auch dem zu



erwartenden Verlauf, wieder das vor dem Unfall bestehende (unfallfremde) Beschwerdebild einer somatoformen Schmerzstörung mit derzeit mässiger komorbider depressiver Begleitsymptomatik vor. Der Status quo ante sei aus psychiatrischer Sicht spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden (act. G 3.1/62 S. 22 f.). Somit ist der Unfall vom 13. November 2007 auch für die Zunahme der psychischen Problematik nicht als natürliche Ursache zu werten, weshalb sich eine Prüfung der Adäquanz erübrigt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen folglich zu Recht per 31. August 2008 eingestellt.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. Januar 2010 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. 53 GerG

entschieden:

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