



**Fall-Nr.:** UV 2020/88  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.12.2021  
**Entscheiddatum:** 27.05.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.05.2021**

**Art. 6 UVG: Verneinung einer schleudertraumaähnlichen Verletzung mit Langzeitfolgen. Verneinung einer unfallbedingten Diskusprotrusion mit Anulus fibrosus Riss und beginnender Sequestration. Unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Bereich der LWS. Bejahung des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen bezüglich einer fortdauernden Rückenproblematik bzw. Erreichen des Status quo sine (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2021, UV 2020/88).**

#### **Entscheid vom 27. Mai 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; a.o.  
Gerichtsschreiberin Evelyne Hunziker

Geschäftsnr.

UV 2020/88

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

gegen



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

### **Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

### **Versicherungsleistungen**

### **Sachverhalt**

#### **A.**

**A.a.** Der A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.\_\_\_\_ AG als Produktionsmitarbeiter angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 13. Oktober 2019 als Lenker eines Personenwagens in einen Auffahrunfall verwickelt wurde (Suva-act. 1).

**A.b.** Die Erstbehandlung fand am Unfalltag in der Zentralen Notfallaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Hausärztlicher Notfalldienst, statt, die ein HWS (= Halswirbelsäule) -Beschleunigungstrauma diagnostizierte und dem Versicherten vom 14. bis 16. Oktober 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht wurde festgehalten, dass der Schmerz im linken Bein störend sei (Suva-act. 24-4). Am 14. Oktober 2019 stellte sich der Versicherte wegen Parästhesien im Bereich des linken Fusses in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vor. Die untersuchenden Ärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt i.V., und Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzärztin, diagnostizierten nach einer klinischen Untersuchung Parästhesien Fuss links nach Verkehrsunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma am 13. Oktober 2019 und verzichteten auf eine bildgebende Diagnostik (Suva-act. 24-2 f.). Ab 16. Oktober 2019 stand der Versicherte bei seinem Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, in Behandlung, der ihm ein ärztliches Zeugnis für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 13. Oktober 2019 ausstellte (Suva-act. 2). Am 18. Oktober 2019 wurde beim Versicherten



auf Zuweisung seines Hausarztes mit der Indikation "13.10.2019 Auffahrunfall mit leichter HWS-Distorsion und nun auch klar posttraumatisch anamnestisch und klinisch LRS S1 links! Im konventionellen Röntgen keine ossären Verletzungen" eine MRI-Untersuchung der LWS (= Lendenwirbelsäule) durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologie Nordost, Y.\_\_\_\_, durchgeführt, in welcher sich weder Deck- oder Grundplatteneinbrüche noch ein Knochenmarködem zeigten. Zur Darstellung gelangten jedoch im Segment LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 eine leichte zirkuläre Bandscheibenprotrusion bis in die Foramina hineinreichend, vor allem unter Belastung mit einer möglichen Kompression der Wurzeln L5 bzw. S1 beidseits recessal, und im Segment LWK 4/5 eine mediale gering rechtsbetonte Bandscheibenprotrusion sowie links intraforaminal eine Migration von Bandscheibengewebe nach kranial, vor allem unter Belastung ebenfalls mit einer möglichen Kompression der Wurzel L4 links intra- bis extraforaminal (Suva-act. 7). Am 21. Oktober 2019 stellte Dr. F.\_\_\_\_ dem Versicherten eine Physiotherapieverordnung für die Diagnose eines posttraumatischen LRS (= Lumboradikuläres Syndrom) S1 links nach Auffahrunfall vom 13. Oktober 2019 aus (Suva-act. 12). Ab 5. November 2019 bescheinigte er ihm wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 11-2).

**A.c.** Mit Schreiben vom 13. November 2019 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 13. Oktober 2019 und sicherte dem Versicherten die Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 10).

**A.d.** Am 20. November 2019 konsultierte der Versicherte Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH. Aufgrund der vom Versicherten geklagten Beschwerden und der untersuchbaren Defizite ging Dr. H.\_\_\_\_ von einer Radikulopathie L4 links aus. Das Korrelat für die Radikulopathie fand er laut Bericht vom 21. November 2019 in der foraminalen Teilokklusion durch den hier liegenden Bandscheibensequester (Suva-act. 27). Am 26. November 2019 nahm er beim Versicherten eine BV-gestützte periradikuläre Infiltration der Nervenwurzel L4 links vor (Suva-act. 26).

**A.e.** Am 15. Januar 2020 liess der Versicherte der Suva durch seine Arbeitgeberin einen "Rückfall" zum Unfall vom 13. Oktober 2019 melden (Suva-act. 17). Wegen einer akuten Exazerbation der lumboradikulären Schmerzen, neu mit Fussheber- und -senkerparese, war der Versicherte vom 2. bis 3. Januar 2020 in der Klinik für



Neurochirurgie des KSSG hospitalisiert gewesen. Während eine am 2. Januar 2020 in der Netzwerk Radiologie, Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin (nachfolgend: Netzwerk Radiologie), durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt, durchgeführte Röntgenuntersuchung der LWS eine intakte ossäre Struktur und Konfiguration der LWS ohne Fraktur gezeigt hatte (Suva-act. 29), war in der am 3. Januar 2020 durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, in der Netzwerk Radiologie vorgenommenen MRI-Untersuchung der Wirbelsäule BWK11 bis SWK3 unter anderem eine Diskusprotrusion mit Riss im Anulus fibrosus, eine beginnende Sequestration links LWK 4-5 mit Einengung von L5 rezessal beidseits, links mehr als rechts, sowie eine ödematös veränderte Wurzel links gesichert worden (Suva-act. 28), worauf eine Göttinger-Infusion (Diazepam, Dexamethason, Metamizol) durchgeführt worden war. Die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG hatten dem Versicherten sodann vom 2. bis 12. Januar 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und anschliessend während vier Wochen die Unzumutbarkeit des Tragens von Lasten über 10 kg bescheinigt (Suva-act. 24-5 ff.). Ausserdem war dem Versicherten am 3. Januar 2020 eine Physiotherapieverordnung für die Behandlung einer breitbasigen Diskusprotrusion L4/5 linksbetont ausgestellt worden (Suva-act. 16-2).

**A.f.** Am 7. Februar 2020 legte die Suva den ihr am 15. Januar 2020 angezeigten Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zur Beurteilung vor. Gestützt auf die kreisärztliche Verneinung eines überwiegend wahrscheinlich kausalen Zusammenhangs zwischen den erneuten Beschwerden und dem Auffahrunfall (Suva-act. 37-2), verneinte die Suva gegenüber dem Versicherten mit Schreiben vom selben Tag ihre Leistungspflicht (Suva-act. 35).

**A.g.** Mit Eingabe vom 23. Juni 2020 liess der Versicherte, vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung, die Aufhebung der formlosen Leistungsablehnung der Suva vom 7. Februar 2020, die Anerkennung der erneuten Beschwerden am Hals und an der Wirbelsäule als Unfallfolgen sowie die rückwirkende Ausrichtung der gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen ab 13. Oktober 2019 bzw. 2. Januar 2020 und eventualiter weitere Abklärungen beantragen (Suva-act. 40-1 ff.). Zusammen mit der Eingabe wurde ein Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2020 eingereicht (Suva-act. 40-5).



**A.h.** Nach Einholung einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung durch Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie, vom 24. Juni 2020, der eine Unfallkausalität der Bandscheibenveränderungen ebenfalls verneinte und von einer Aktivierung einer vorbestehenden unfallunabhängigen Verschleisserkrankung der LWS ausging, bezüglich welcher von einem Eintritt des Status quo sine acht Wochen nach dem Unfall bzw. spätestens Ende des Jahres 2019 auszugehen sei (Suva-act. 41), eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 25. Juni 2020 die Verneinung ihrer Leistungspflicht für die erneut gemeldeten Beschwerden (Suva-act. 42-2 f.).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 25. Juni 2020 liess der Versicherte mit Eingabe vom 28. Juli 2020 durch seine Rechtsschutzversicherung Einsprache erheben (Suva-act. 48).

**B.b.** Nach Einholung einer ausführlichen kreisärztlichen Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ (Suva-act. 52) wies die Suva die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 9. November 2020 ab (Suva-act. 55).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit nicht unterzeichneter Eingabe vom 9. Dezember 2020 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 9. November 2020 sei aufzuheben. 2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen UVG-Leistungen ab 13. Oktober 2019 bzw. 2. Januar 2020 rückwirkend auszurichten. 3. Es sei eine Begutachtung der Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers durchzuführen. 4. Eventualiter sei die Streitsache zur Ergänzung des Sachverhalts (Gutachten) und zur Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**C.b.** Mit Schreiben vom 4. Januar 2021 forderte das Versicherungsgericht den Beschwerdeführer auf, die Beschwerdeeingabe handschriftlich zu unterzeichnen (act. G 2). Am 7. Januar 2021 ging beim Versicherungsgericht die unterzeichnete Eingabe ein (act. G 3).



**C.c.** Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

**C.d.** Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 6 f.).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich- und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 88). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2).

**1.2.** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit



dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs bzw. Dahinfallens genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs bzw. die Einstellung von bisher erbrachten Versicherungsleistungen nicht (Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Dahingefallen ist die kausale Bedeutung, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf einer Vorerkrankung auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Im Rahmen der zu prüfenden Frage, ob die Leistungspflicht dahingefallen ist, genügt es für die Bejahung des Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Februar 2003, U 287, E. 4.4).

**1.3.** Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt, wobei ein Rückfall einen besonderen revisionsrechtlichen Tatbestand im Sinn von Art. 22 UVG darstellt (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Da der Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des damals haftbaren Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).

**1.4.** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen



Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier - anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 4, 79).

**1.5.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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. Bezüglich Beweiswert 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An deren Beweiswürdigung sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3). Der Umstand, dass Dr. L.\_\_\_\_ insbesondere seine Beurteilung vom 10. August 2020 (Suva-act. 52) aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht ihrem Beweiswert nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2007, U 224/06, E. 3.5 mit Hinweisen).

## 2.

**2.1.** Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin ursprünglich eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. Oktober 2019 mit anschliessenden Parästhesien im linken Fuss bzw. Schmerzen im linken Bein (Suva-act. 6-2 f., 24-4)



anerkannt und Leistungen für Heilbehandlung sowie Taggelder erbracht hat (Suva-act. 10). Ab dem 5. November 2019 war der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig (Suva-act. 11-2). Am 20. und 26. November 2019 befand sich der Beschwerdeführer wegen einer linksseitigen Reizung L4 und einer Iliopsoasparsese bei foraminal liegendem Bandscheibenvorfall L4/5 links bei Dr. H.\_\_\_\_ in Behandlung (Suva-act. 26 f.). Eine Arbeitsunfähigkeit ist nicht aktenkundig. Ebenfalls nicht aktenkundig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Heilbehandlung übernommen hat. Am 15. Januar 2020 liess der Beschwerdeführer durch seine Arbeitgeberin eine Behandlung im KSSG sowie eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 2. Januar 2020 als Rückfall zum Unfallereignis vom 13. Oktober 2019 melden (Suva-act. 17). Er war wegen einer akuten Exazerbation lumboradikulärer Schmerzen S5 und S1 links mit neu Fussheber- und -senkerparese unklarer Genese vom 2. bis 3. Januar 2020 in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG hospitalisiert und danach erneut arbeitsunfähig gewesen. Laut Anamnese im Austrittsbericht der behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 8. Januar 2020 hatte die im November 2019 durchgeführte Infiltration zu einer Beruhigung der Situation, wenn auch nicht zu einer Schmerzlinderung geführt (Suva-act. 25).

**2.2.** Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 9. November 2020 (Suva-act. 55), worin die Beschwerdegegnerin - wie nachfolgend auch in der Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2021 (act. G 5) - gestützt auf die Beurteilungen von Dr. L.\_\_\_\_ vom 24. Juni und 10. August 2020 (Suva-act. 41, 52) ein Erreichen des Status quo sine spätestens Ende 2019 festhielt und eine Leistungspflicht für die ab Januar 2020 beklagten Beschwerden verneinte. Sie zitierte im Einspracheentscheid aus der ärztlichen Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 10. August 2020. Danach stünden alle über Ende 2019 hinaus beklagten Beschwerden der LWS überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem Unfallereignis vom 13. Oktober 2019 in Zusammenhang, sondern seien ausschliesslich unfallunabhängigen Faktoren wie der verschleissbedingten LWS-Erkrankung geschuldet (Suva-act. 52-8). Der Beschwerdeführer stellt sich in der Beschwerde vom 9. Dezember 2020 auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der Unfallkausalität bezüglich der Rückenproblematik trage (act. G 1). Dass die Beschwerdegegnerin einen weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers unter dem Aspekt eines möglicherweise fort dauernden Grundfalls prüfte, erscheint angesichts der vorangehenden Ausführungen sowie des in Erwägung 2.1 dargelegten Sachverhalts naheliegend. So liesse es insbesondere dessen zeitlicher Ablauf, wonach zwischen den einzelnen ärztlichen Behandlungen und Arbeitsunfähigkeiten nur wenige Wochen bis Monate vergangen sind, nicht rechtfertigen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu BGE 134



V 145). Die Beschwerdegegnerin hält denn auch dieser Betrachtungsweise in der Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2021 nichts entgegen, sondern argumentiert übereinstimmend, dass für die Beendigung der Leistungspflicht allein entscheidend sei, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens dahingefallen seien (act. G 5, Ziff. 5.6). Die alleinige Meldung eines Rückfalls (Suva-act. 17) und die Verwendung des Rückfallbegriffs durch Dr. L.\_\_\_\_ (Suva-act. 52-8) vermögen an dieser Auffassung nichts zu ändern. Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann jedoch im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen ohnehin offenbleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich als tatsächlich unmöglich erweist, in Ausübung des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4), was vorliegend - wie dies nachfolgend zu zeigen ist - nicht zutrifft. Im Übrigen ist im konkreten Fall entscheidend, dass der Beschwerdeführer offensichtlich Versicherungsleistungen erst (wieder) ab Beginn der Hospitalisation in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG und der Arbeitsunfähigkeit vom 2. Januar 2020 geltend macht.

### 3.

Streitig und zu prüfen ist also, ob die Beschwerdegegnerin für Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeiten ab Januar 2020 zu Recht mangels Unfallkausalität keine Leistungen mehr erbracht hat. In Bezug auf die Frage einer weiteren Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin stehen allfällige unfallkausale Gesundheitsschäden im Bereich der HWS (siehe nachfolgende Erwägung 4) und der LWS (siehe nachfolgende Erwägungen 5 ff.) zur Diskussion.

### 4.

**4.1.** Anlässlich der Erstbehandlung vom 13. Oktober 2019 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ein HWS-Beschleunigungstrauma (Suva-act. 24-4) und damit eine schleudertraumaähnliche Verletzung (vgl. dazu Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; BGE 117 V 369 E. 7b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3). Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist bekannt, dass bei Schleudertraumen sowie äquivalenten Verletzungen auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung typischen Beschwerden nicht mit



entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 363 f. E. 5d/aa). Ist jedoch ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (vgl. BGE 134 V 116 f. E. 6.2, 119 V 337 f. E. 1, 117 V 360 f. E. 4b). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 29. Mai 2012, 8C\_849/2011, E. 5.2, 30. Januar 2007, U 215/05, und 15. März 2007, U 258/06) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden 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 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.

**4.2.** Für die Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis" wird ferner vorausgesetzt, dass in einer ersten Phase nach dem Unfall dessen Hergang sowie die auftretenden Beschwerden möglichst genau und verifizierbar dokumentiert werden. Insbesondere der erstbehandelnde Arzt ist gehalten, die versicherte Person genau abzuklären und nach ihrem gesundheitlichen Vorzustand zu befragen. Nebst den weiteren der Diagnosestellung zugrunde gelegten Überlegungen ist auch der Verlauf der Beschwerden ab dem Unfallzeitpunkt genau zu beschreiben, wozu sich der vom Schweizerischen Versicherungsverband empfohlene "Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma" eignet (vgl. BGE 134 V 123 E. 9.2).

**4.3.** Wie bereits erwähnt, diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer anlässlich der Erstbehandlung am Unfalltag ein HWS-Beschleunigungstrauma (Suva-act. 24-4). Ein Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ist nicht aktenkundig. Als Befund erhob Dr. C.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht einzig einen störenden Schmerz im linken Bein. Typische Beschwerden für eine schleudertraumaähnliche Verletzung sind keine vermerkt (Suva-act. 24-4). Am 14. Oktober 2019 stellte sich der Beschwerdeführer wegen Parästhesien



im Bereich des linken Fusses seit dem Unfall am 13. Oktober 2019 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vor (Suva-act. 24-2). Im entsprechenden Notfallbericht wurde anamnestisch geschrieben, dass ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma festgestellt worden sei, eine ossäre Läsion aber habe ausgeschlossen werden können. Die behandelnden Ärzte Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ untersuchten klinisch die Wirbelsäule, erhoben jedoch vollkommen unauffällige Befunde. Als Diagnose stellten sie Parästhesien Fuss links nach Verkehrsunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma am 13. Oktober 2019. Auch einen Tag nach dem Unfall liegt mithin kein Hinweis auf ein schleudertraumatypisches Beschwerdebild (vgl. Erwägung 4.1) vor. Im weiteren Verlauf wurde die Diagnose einer leichten HWS-Distorsion als Indikation für eine MRI-Untersuchung genannt, jedoch für eine solche der LWS (Suva-act. 7). Eine radiologische Untersuchung der HWS stand zwar bei der Erstbehandlung - als Procedere bei Persistenz der Beschwerden - noch im Raum, darauf wurde aber gemäss den Akten offensichtlich nicht zurückgegriffen und eine solche war demnach medizinisch auch nicht nötig gewesen (vgl. Suva-act. 24-4). Am 21. Oktober 2019 stellte Dr. F.\_\_\_\_ eine Physiotherapieverordnung mit der Diagnose eines posttraumatischen LRS S1 links nach Auffahrunfall vom 13. Oktober 2019 aus (Suva-act. 12). Der Auffahrunfall wurde mithin nur im Sinne eines Sachverhalts, der bereits stattgefunden hat, genannt. Im Konsultationsbericht vom 21. November 2019 erwähnte Dr. H.\_\_\_\_ zwar in der Anamnese nachfolgend an den Verkehrsunfall vom 13. Oktober 2019 aufgetretene Nackenschmerzen ("Nuchalgie"), doch hatten diese offensichtlich im Zeitpunkt der entsprechenden Untersuchung vom 20. November 2019 nicht mehr zur Diskussion gestanden. Eine Untersuchung der HWS sowie diesbezügliche Befunde sind im Bericht nicht beschrieben und auch in der Beurteilung sowie beim Procedere blieb die HWS unerwähnt (Suva-act. 27). Übereinstimmend hielt Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. Juni 2020 fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Konsultation vom 20. November 2019 berichtet, im Anschluss an den Verkehrsunfall vom 13. Oktober 2019 unter intensiven Nackenschmerzen gelitten zu haben und nach Abklingen der Nackenschmerzen über eine Persistenz einer zuvor untergeordneten Beinsymptomatik linksseitig (act. G 1.3). Schliesslich enthält auch der Austrittsbericht der behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 8. Januar 2020 betreffend die Hospitalisation vom 2. bis 3. Januar 2020 (Suva-act. 25), abgesehen von der initial gestellten Diagnose des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas am 13. Oktober 2019, keinen Hinweis auf eine HWS-Problematik. Der Eintritt in das KSSG erfolgte bei akuter Exazerbation der bekannten lumboradikulären Schmerzen S1 links mit neu Fussheber- und -senkerparese unklarer Genese. HWS-Beschwerden, eine Untersuchung der HWS mit entsprechenden Befunden, eine neue Diagnose und



geplante Therapie im Zusammenhang mit der HWS werden im Bericht weiterhin nicht genannt. Dem beim Klinikeintritt am 2. Januar 2020 geklagten Beschwerdebild entsprechend wurde die Wirbelsäule nur von BWK11 bis SWK3 untersucht. Vor diesem Hintergrund überzeugt die Feststellung des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 9. Dezember 2020 nicht, dem obgenannten Austrittsbericht könne entnommen werden, dass die Behandlung erneut aufgrund des HWS-Beschleunigungstraumas erfolgt sei, welches er beim Auffahrunfall vom 13. Oktober 2019 erlitten habe (act. G 1, Ziff. 10 S. 5).

**4.4.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar beim Unfall vom 13. Oktober 2019 offensichtlich ein HWS-Beschleunigungstrauma erlitten hat, in den medizinischen Akten jedoch kein dafür typisches und vor allem vielfältiges Beschwerdebild dokumentiert ist. Innerhalb der Latenzzeit von 72 Stunden sind lediglich Nackenschmerzen aktenkundig. Auch die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse und durchgeführten Behandlungen enthalten keine Hinweise, welche über die (nur) initiale Diagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas am 13. Oktober 2019 hinausgehen würden. Selbst wenn also für die Zeit direkt nach dem Unfall von einer schleudertraumaähnlichen Verletzung ausgegangen wird, kann angesichts des Gesagten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine solche Verletzung mit Langzeitfolgen auch noch im Januar 2020 angenommen werden. In dem Sinne hält auch Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 10. August 2020 (Suva-act. 52) überzeugend fest, dass es durch das Unfallereignis vom 13. Oktober 2019 überwiegend wahrscheinlich zu einer unkomplizierten Beschleunigungsverletzung der HWS Grad I bis II der Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation gekommen sei und die Unfallfolgen der kraniozervikalen Beschleunigungsverletzung gemäss dem zeitlichen Verlauf spätestens zum Ende des Jahres 2019 nach Ablauf von zehn Wochen folgenlos abgeheilt seien, da Symptome der HWS nur im Erstbehandlungsbericht erwähnt würden.

## 5.

**5.1.** In Bezug auf die LWS ist zunächst streitig und zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer, wie von seinem Rechtsvertreter in der Beschwerde vom 9. Dezember 2020 sinngemäss geltend gemacht, beim Unfall vom 13. Oktober 2019 einen strukturellen Gesundheitsschaden zugezogen hat (act. G 1, Ziff. 9 S. 4 f.; Ziff. 10 S. 5).

**5.2.** Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar



und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRI, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2 mit Hinweisen).

**5.3.** Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch letzteren zu keinen neuen strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O, S. 54 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C\_484/2014, E. 2.1). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine oder ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusions- und Distorsionsfolgen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C\_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6; Rumo-Jungo, a.a.O., S. 55 f.). Bei einer Kontusion und Distorsion handelt es sich um eine Weichteilverletzung, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Schürfwunden, Prellmarken, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert werden (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie,



Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 412, 1097; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 357, 441; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 420). Die Unfallversicherung übernimmt die Leistungen bis zur Heilung dieser spezifischen Kontusions- und Distorsionsfolgen und/oder - wie oben erwähnt - für den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub.

### 6.

#### 6.1.

**6.1.1.** Als unfallkausaler struktureller Gesundheitsschaden, der für die ab Januar 2020 geklagten und ärztlich behandelten Beschwerden ursächlich ist, steht die in den MRI-Untersuchungen vom 18. Oktober 2019 und 3. Januar 2020 zur Darstellung gelangte Bandscheibenprotrusion LWK 4/5 mit Riss im Anulus fibrosus und beginnender Sequestration zur Diskussion (Suva-act. 7, 28, vgl. auch Suva-act. 26, 27-2; im Sachverhalt A.b und A.e). Die Beschwerdegegnerin verneint jedoch deren Unfallkausalität insbesondere gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. L. \_\_\_ vom 10. August 2020 (Suva-act. 55) und sieht in ihr eine degenerative Veränderung.

**6.1.2.** Die Bandscheibenprotrusion L4/5, der Anulus fibrosus-Riss sowie die Sequestration können hinsichtlich ihrer Verursachung nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. In der medizinischen Literatur wird eine Bandscheiben- bzw. Diskusprotrusion als Vorwölbung des Anulus fibrosus beschrieben, welcher die Schwachstelle der Bandscheibe darstellt (Pschyrembel, a.a.O., S. 210; Debrunner, a.a.O., S. 879; Roche Lexikon, a.a.O., S. 182; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. 2002, S. 5 f.). Erst im Rahmen einer Ausdehnung des Gesundheitsschadens brechen Lücken im Anulus fibrosus auf, durch welche Material aus dem Gallertkern herausgepresst wird und Diskushernien bildet (Debrunner, a.a.O., S. 879). Der Bandscheibensequester ist sodann der durch den Anulus fibrosus Riss herausgerutschte Bandscheibenteil (Roche Lexikon, a.a.O., S. 182; Pschyrembel, a.a.O., S. 210). Ob es sich um eine Diskusprotrusion oder eine -hernie handelt, ist letztlich also eine Frage, in welchem Stadium sich der Gesundheitsschaden befindet bzw. ob der Anulus fibrosus bereits eingerissen ist oder nicht. Wie gesagt, müssen daher die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Diskusprotrusion, der Riss des Anulus fibrosus sowie der Sequester (vgl. Suva-act. 7, 28) als zusammengehörende Befunde betrachtet werden, welche entweder degenerativ oder traumatisch bedingt sind.



**6.1.3.** Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien und Diskusprotrusionen degenerativ entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Eine gesunde Bandscheibe ist - wie auch Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 10. August 2020 (Suva-act. 52) unter Hinweis auf die medizinische Literatur darlegt - derart widerstandsfähig, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, mit Hinweis auf Günter G. Mollowitz [Hrsg.], Der Unfallmann, 1993, S. 164 ff.; vgl. auch Debrunner, a.a.O., S. 878 ff.; Psyhyrembel, a.a.O., S. 210; Roche Lexikon, a.a.O., S. 182; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 5). Voraussetzung für die Annahme einer traumatischen Diskushernie bzw. Diskusprotrusion ist somit, dass der Unfall hinsichtlich seines Mechanismus geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und insbesondere auch von besonderer Schwere war. Die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) müssen zudem unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Das Gleiche gilt grundsätzlich für eine richtungsgebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, wenn und soweit also durch den Unfall eine Diskushernie oder Diskusprotrusion früher bzw. beschleunigt zur Entwicklung gebracht wurde. Eine solche ist ausserdem grundsätzlich nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel nach einem Trauma aufzeigt. Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung muss radiologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. E. 3a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 25. November 2004, U 107/04, E.4.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.).

**6.2.** Im vorliegenden Fall können die in Erwägung 6.1.3 dargelegten Voraussetzungen für eine unfallbedingte Diskusprotrusion bzw. richtungsgebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskusprotrusion nicht als erfüllt betrachtet werden.

**6.2.1.** Der Auffahrunfall vom 13. Oktober 2019 lässt zunächst nicht den vorausgesetzten axialen Unfallmechanismus erkennen (vgl. Erwägung 6.1.3). Überhaupt ist eine besonders schwere Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskusprotrusion zu verursachen, im vorliegenden Fall



nicht denkbar. Die LWS des Beschwerdeführers war durch den Autositz gut gestützt und das Hochrutschen des Körpers an der Rückenlehne wird grundsätzlich durch den Dreipunktgurt gebremst. Eine Verletzung wäre höchstens bei einem Bruch der Rückenlehne, also bei einem sehr massiven Auffahrunfall, denkbar gewesen (vgl. dazu Hans U. Debrunner/ Erich W. Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, 1990, S. 54). In der von Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ angeführten medizinischen Literatur wird ausserdem einleuchtend festgehalten, dass eine traumatische Schädigung der Bandscheibe komplexe Verletzungsmuster hinterlasse und vor dem Auftreten eines traumatisch bedingten Bandscheibenvorfalles Frakturen der Wirbelkörper zu erkennen seien (Suva-act. 52-7). Solche konnten im vorliegenden Fall radiologisch nicht nachgewiesen werden (Suva-act. 29). Dr. L.\_\_\_\_ ergänzt ausserdem, es erscheine nicht vorstellbar, dass eine Gewalteinwirkung zu einer isolierten Verletzung einer Bandscheibe oder Instabilität eines Bandscheibensegments führen könne, ohne "Kollateralschäden" zu hinterlassen. Unfallbedingte Bandscheibenvorfälle oder instabile Bandscheibensegmente müssten in den kernspintomographischen Dokumenten immer Zeichen einer frischen Verletzung, wie eine Blutergussbildung infolge von Gewebeerreissungen oder Flüssigkeitskollektionen im Halteapparat und in der angrenzenden Muskulatur des betroffenen Bandscheibensegments, aufweisen. Derartige Veränderungen der umgebenden Haltestrukturen seien - wie Dr. L.\_\_\_\_ festhält - auf den bildgebenden Dokumenten der Kernspintomographie der LWS vom 18. Oktober 2019 nicht zu erkennen (Suva-act. 52-8, 7-2).

**6.2.2.** Die Voraussetzung einer unmittelbar auftretenden Arbeitsunfähigkeit ist sodann zwar erfüllt (vgl. Erwägung 6.1.3). Anlässlich der Erstbehandlung am Unfalltag diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein HWS-Beschleunigungstrauma und attestierte dem Beschwerdeführer vom 14. bis 16. Oktober 2019 (der Unfalltag war ein Sonntag) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 24-4). Im Folgenden bescheinigte auch Dr. F.\_\_\_\_ am 13. November 2019 rückwirkend ab dem Unfalldatum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 22. Oktober 2019 (Suva-act. 11-2). Nicht erfüllt ist hingegen die Voraussetzung einer unverzüglich nach dem Unfall aufgetretenen Diskusherniensymptomatik. Die Beschwerden des Beschwerdeführers haben sich bei der Erstbehandlung am Unfalltag auf einen nicht näher bestimmten Schmerz im linken Bein beschränkt. Eine LWS-spezifische Diagnose wurde durch Dr. C.\_\_\_\_ nicht gestellt (Suva-act. 24-4). Die Vorstellung des Beschwerdeführers am Unfallfolgetag in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG erfolgte wegen seit dem Unfall bestehenden Parästhesien im Bereich des linken Fusses



(Suva-act. 24-2). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten im Notfallbericht vom 23. Oktober 2019 aufgrund der erhobenen Befunde - keine Klopf- oder Druckdolenzen, beidseitig negatives Lasègue-Zeichen, Kraft der Kennmuskulatur und Sensibilität sämtlicher Dermatome gesamthaft unauffällig, flüssiges unauffälliges Gangbild - ausschliesslich Parästhesien im Fuss links, stellten fest, dass sich der Beschwerdeführer neurologisch vollkommen unauffällig präsentiert habe und verzichteten auf eine bildgebende Diagnostik (Suva-act. 24-2). Eine Diagnose mit Hinweis auf die spezifischen Symptome einer Diskushernie bzw. auf neurologische Ausfallerscheinungen im Rahmen eines radikulären Syndroms wurde also auch am Unfallfolgetag nicht gestellt. Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ zieht in seiner Beurteilung vom 10. August 2020 den überzeugenden Schluss, dass der vollkommen unauffällige neurologische Befund eine Kompression radikulärer Strukturen wie den Nervenwurzeln L5 oder S1 beidseits ausschliesse (Suva-act. 52-6). Die am 21. Oktober 2019 durch Dr. F.\_\_\_\_ aufgrund eines posttraumatischen LRS verordnete Physiotherapie (Suva-act. 12) vermag sodann zumindest keine unverzügliche radikuläre Beschwerdesymptomatik nachzuweisen. Auch Dr. H.\_\_\_\_ schrieb in seinem Sprechstundenbericht vom 21. November 2019 lediglich in der Anamnese von einer "nur fast" unmittelbar aufgetretenen Beinsymptomatik, welche er selbst nicht näher bestimmte (Suva-act. 27).

**6.3.** Hinzuweisen ist schliesslich auf die Gesamtsituation der LWS des Beschwerdeführers. Laut Untersuchungsbericht von Dr. J.\_\_\_\_ über die MRI-Untersuchung der Wirbelsäule (BWK11 – SWK3) vom 3. Januar 2020 zeigten sich dem Radiologen auf verschiedenen Bandscheibenetagen der LWS degenerative Veränderungen, insbesondere auch auf derjenigen von LWK 4-5 (Suva-act. 28). Dieses Untersuchungsergebnis zeigt das Bild einer umfassenden degenerativen Situation, in welche sich auch die Diskusprotrusion mit Anulus fibrosus Riss und beginnender Sequestration links LWK 4-5 einfügt und deren Herauslösung und Betrachtung als unabhängiger traumatisch bedingter Gesundheitsschaden ohne konkreten Grund kein nachvollziehbares Ergebnis darstellen würde.

**6.4.** Der Umstand, dass der Beschwerdeführer angeblich vor dem Unfall vollständig gesund gewesen sei, beruht auf dem für den Nachweis einer unfallkausalen Schädigung nicht massgebenden Grundsatz "post hoc ergo propter hoc". Die rein zeitliche Abfolge beinhaltet keine Aussage zur Kausalität, denn der zeitliche Aspekt besitzt keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft. 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 69 zu Art. 4 ATSG; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Eine Beschwerdefreiheit vor dem Unfallereignis schliesst eine Vorerkrankung nicht aus, da eine auf die Wirbelsäule wirkende Kraft ohne Weiteres auch eine bisher stumme, vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen kann, wobei es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung handelt (Debrunner/Ramseier, a.a.O., S. 5).

**6.5.** Nach dem Gesagten steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 13. Oktober 2019 weder eine klar ausgewiesene neue bleibende Gesundheitsschädigung noch eine richtungsgebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes erlitten hat. Die Aussage von Dr. H.\_\_\_\_ im Versicherungsbericht vom 18. Juni 2020 (Suva-act. 40-5), das frei luxierte Bandscheibenfragment mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links wäre mit dem Traumaereignis sehr wohl in Einklang zu bringen, vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Seine Feststellung blieb ohne Begründung und wurde von ihm bereits selbst relativiert, indem er anfügte, dass weder die Bildgebung noch die klinische Untersuchung für die Unfallkausalität den zwingenden Beweis bieten könnten. Unfallfolgen werden von der Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen anerkannt, jedoch eben zutreffenderweise nur im Rahmen einer vorübergehenden Verschlimmerung (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 7). In diesem Sinne ist die weitere Aussage von Dr. H.\_\_\_\_ bezüglich der unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden genügend berücksichtigt. Das Alter des Beschwerdeführers spricht ebenfalls nicht ohne Weiteres gegen das Vorliegen von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, da solche altersunabhängig vorkommen können (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 880).

## 7.

**7.1.** Wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 5.3), kann ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. So geht auch Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 10. August 2020 davon aus, dass die sich in zeitlichem Zusammenhang bzw. in zeitlicher Koinzidenz mit dem Unfall wiederfindenden und beklagten Beschwerden bezüglich des linken Beins mit Schmerzen und Parästhesien (Missempfindungen) überwiegend wahrscheinlich als Unfallfolgen im Sinne einer vorübergehenden Aktivierung einer vorbestehenden Verschleisserkrankung anzusehen seien (Suva-act. 52-6; zur Dauer einer diesbezüglichen Leistungspflicht des



Unfallversicherers vgl. Erwägung 5.3). Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob der durch den Unfall vom 13. Oktober 2019 ausgelöste Beschwerdeschub im Sinne einer vorübergehenden Aktivierung der Diskusprotrusion L4/5 im Januar 2020 (etwas mehr als zehn Wochen nach dem Unfall) weiter andauerte oder ob sich der Status quo sine - wie von Dr. L.\_\_\_\_ basierend auf dem Reintegrationsleitfaden Unfall des Schweizerischen Versicherungsverbandes beurteilt (vgl. Suva-act. 52-9) - maximal acht bis zehn Wochen nach dem Unfall, spätestens Ende des Jahres 2019, eingestellt hat und eine Leistungspflicht des Unfallversicherers verneint werden kann.

**7.2.** Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass im Allgemeinen Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, abheilen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2020, 8C\_552/2020, E. 3.2, 3. September 2020, 8C\_319/2020, 8C\_346/2020, E. 6.6, und 26. August 2019, 8C\_408/2019, E. 3.3; vgl. dazu auch BSK UVG-Hofer, N 72 zu Art. 6; KOSS UVG-Nabold, N 57 zu Art. 6). Insofern geht eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall mit einer stetigen Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils einher. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Insofern sind die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

**7.3.** Dr. L.\_\_\_\_ befindet sich mit der von ihm angenommenen Heilungsdauer ausserhalb des vom Bundesgericht für den Regelfall festgelegten Zeitrahmens von sechs bis neun Monaten und geht offensichtlich von einem Ausnahmefall aus. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, sind den Akten Anhaltspunkte für einen solchen im Sinne einer kürzeren Heilungsdauer zu entnehmen.

**7.3.1.** Im Bericht über die Erstbehandlung vom 13. Oktober 2019 durch Dr. C.\_\_\_\_ wird die LWS als vom Unfall betroffener Körperteil gar nicht genannt (Suva-act. 24-4). Am 14. Oktober 2019 wurde zwar in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG die gesamte Wirbelsäule untersucht, doch zeigten sich sämtliche Befunde unauffällig (Suva-act. 24-2 f.). Typische Befunde, welche auf eine Kontusion oder Distorsion mit einer namhaften Krafteinwirkung auf die LWS hindeuten würden (vgl. Erwägung 5.3), konnten nicht festgestellt werden. Kontusionen und Distorsionen ohne strukturelle Läsionen werden zwar oft auch nur gestützt auf einen subjektiv geschilderten Unfallmechanismus gestellt. Der Umstand, dass im Rahmen der beiden obgenannten Behandlungen bzw. Untersuchungen jedoch keine entsprechenden Befunde erhoben und Diagnosen



gestellt wurden, ist als klarer Hinweis darauf zu werten, dass im vorliegenden Fall höchstens von einer (sehr) leichten Kontusion oder Distorsion mit einer jedenfalls stark verkürzten Heilungsdauer auszugehen ist.

**7.3.2.** Die von Dr. L.\_\_\_\_ festgelegte Heilungsdauer überzeugt sodann insbesondere auch mit Blick auf den zeitlichen Ablauf. Am 21. Oktober 2019 stellte Dr. F.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer bei der Diagnose eines posttraumatischen LRS eine Physiotherapieverordnung für neun Behandlungen aus (Suva-act. 12). Einen Monat später, am 20. November 2019, wurde der Beschwerdeführer bei Dr. H.\_\_\_\_ vorstellig (Suva-act. 27), der anamnestisch festhielt, dass die Schmerzen im gesamten linken Bein in zunehmende Sensibilitätsstörungen übergegangen seien. Die verordnete Physiotherapie und die antiphlogistische Medikamente hätten zwischenzeitlich zu keiner Besserung der Symptome geführt. In der klinischen Untersuchung erhob Dr. H.\_\_\_\_ als Befunde eine Iliopsoasparese M4 links, einen positiven umgekehrten Lasègue linksseitig, Valleix'sche Druckpunkte gluteal linksseitig positiv und eine Reduktion der PSR-Antwort linksseitig und diagnostizierte eine linksseitige radikuläre Reizung L4 sowie eine Iliopsoasparese bei foraminal liegendem Bandscheibenvorfall L4/5 links. Beurteilend hielt er fest, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie die untersuchbaren Defizite einer Radikulopathie L4 links entsprechen würden, deren Korrelat in der foraminalen Teilokklusion durch den hierliegenden kleinen Bandscheibensequester zu finden sei (Suva-act. 27). Dieser ist jedoch, wie in Erwägung 6 dargelegt, unfallfremd. Dr. H.\_\_\_\_ empfahl dem Beschwerdeführer eine periradikuläre Infiltration, welche am 26. November 2019 durchgeführt wurde (Suva-act. 26). Bei akuter Exazerbation der lumboradikulären Schmerzen wurde der Beschwerdeführer am 2. Januar 2020 in die Klinik für Neurochirurgie des KSSG aufgenommen. Laut Anamnese im Austrittsbericht vom 8. Januar 2020 gab er an, dass die Infiltration - wenn auch nicht zu einer Schmerzlinderung - doch zu einer Beruhigung der Situation geführt habe (Suva-act. 25-3). Aufgrund des Gesagten ist insgesamt vor der Hospitalisation - zumindest in Bezug auf die unfallbedingte Aktivierung bei möglicher leichter Kontusion oder Distorsion - von einer eingetretenen Verbesserung auszugehen. Dabei ist zu ergänzen, dass beim Beschwerdeführer trotz dessen rückenbelastender Berufstätigkeit als Produktionsmitarbeiter seit dem 5. November 2019 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden hatte (Suva-act. 11-2). Zudem sind insbesondere zwischen der Infiltration vom 26. November 2019 und dem Klinikeintritt am 2. Januar 2020 keine ärztlichen Behandlungen mehr aktenkundig. Dr. H.\_\_\_\_ hatte im ambulanten Interventionsbericht zur Infiltration vom 26. November 2019 festgehalten, dass bei ausbleibender anhaltenden Besserung und/oder einer weiteren



Verschlechterung weitere Massnahmen anzubieten wären (Suva-act. 26). Auf solche war gemäss medizinischen Akten bis zum 2. Januar 2020 nicht zurückgegriffen worden und sie waren demnach offensichtlich medizinisch auch nicht nötig gewesen. Der dargelegte Sachverhalt deutet auf den typischen degressiven Verlauf hin, wie er in der Regel nach einer traumatischen Schmerzverursachung durch eine leichte Kontusion oder Distorsion zu erwarten ist. Auch fügt er sich in den für Diskushernien charakteristischen Umstand ein, in unfallunabhängigen Beschwerdeschüben aufzutreten (vgl. dazu Debrunner/Ramseier, a.a.O., S. 55). Gerade, dass es am 2. Januar 2020 zu einer Exazerbation der radikulären Schmerzen bzw. zur schwersten lumboradikulären Symptomatik gekommen ist, ist für eine traumatische Genese untypisch und kann nicht mehr mit dem Unfall vom 13. Oktober 2019 erklärt werden (vgl. dazu Debrunner/ Ramseier, a.a.O., S. 55).

**7.4.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ausgehend von einer im vorliegenden Fall höchstens sehr leichten Kontusions- oder Distorsionsverletzung im Bereich der LWS sowie angesichts des aktenkundigen zeitlichen Ablaufs davon auszugehen ist, dass der Heilungsprozess des durch den Unfall vom 13. Oktober 2019 aktivierten und infolgedessen Beschwerden verursachenden degenerativen Vorzustandes erwartungsgemäss verlaufen ist und sich der diesbezügliche Status quo sine - wie von Dr. L.\_\_\_\_ überzeugend beurteilt - spätestens Ende 2019 eingestellt hat. Das Dahinfallen der Teilkausalität zwischen dem Unfall vom 13. Oktober 2019 und den ab 2. Januar 2020 behandelten Beschwerden ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin wegen Unfallrestfolgen über den 31. Dezember 2019 hinaus lässt sich nicht begründen. Die Verneinung der Leistungspflicht für die erneut gemeldeten Beschwerden erweist sich damit als gerechtfertigt.

## 8.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 9. November 2020 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

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