



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. April 2014 (2013 14 14)

Unfallversicherung

Natürliche Kausalität bei degenerativ bedingten Lumbalgie und Lumboischialgie verneint

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1974 geborene A.____ arbeitete seit August 1993 als B.____ bei der Firma C.____ AG in D.____ und war in dieser Eigenschaft seither bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Nachdem der Versicherte im Jahre 1997 bei einem Sturz auf den Rücken einen ersten Unfall erlitten hatte, liess er der SUVA am 30. November 2012 einen weiteren Unfall melden, wonach ihm am 16. November 2012 seine Tochter beim Spielen auf den Rücken gesprungen sei. Nachdem er schon seit Jahren wegen Bandscheibenproblemen in Behandlung sei, habe dieser Vorfall einen Rückfall ausgelöst.

Wegen zunehmender Schmerzen suchte der Versicherte am 20. November 2012 seinen Hausarzt auf. Am 23. November 2012 wurden aufgrund ausstrahlender Schmerzen in das linke Bein mit Kraftminderung und Sensibilitätsstörungen bildgebende Untersuchungen der Lendenwirbelsäule (LWS) vorgenommen. Der Versicherte nahm seine Tätigkeit ab 6. März 2013 zunächst im Umfang von 50% und ab 22. April 2013 wieder zu 80% auf. Nachdem er ab 20. Juni 2013 wieder vollständig arbeitsfähig war, erlitt er Anfang Juli 2013 einen Rückschlag, bevor er ab 8. Juli 2013 in der Folge anschliessend wieder voll arbeitsfähig war.

B. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse teilte die SUVA dem Versicherten mit Verfügung vom 16. August 2013 mit, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Fall werde deshalb abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen per Ende August 2013 eingestellt.

C. Eine am 29. August 2013 erhobene Einsprache des Versicherten gegen die Verfügung vom 16. August 2013 wurde mit Einspracheentscheid der SUVA vom 25. November 2013 abgewiesen. Hiergegen erhob der Versicherte am 24. Dezember 2013 Beschwerde. Sinngemäss beantragte er die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids mit der Begründung, dass er weiterhin nicht schmerzfrei sei und noch immer die Physiotherapie besuche. Seit seinem Sturz im Jahre 1997 habe er immer wieder Rückenprobleme, was im angefochtenen Einspracheentscheid jedoch nicht berücksichtigt worden sei.

D. Die SUVA schloss in ihrer Vernehmlassung vom 20. Februar 2014 auf Abweisung der Beschwerde. Zusammenfassend machte sie geltend, dass die unfallbedingte Ursache für die heute noch geklagten Beschwerden mittlerweile entfallen sei. Die weiterhin geklagten Beschwerden seien alleine durch die fortschreitende, degenerative Krankheitsentwicklung der bereits vor dem fraglichen Unfall vorhandenen Diskushernie bedingt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.
2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. August 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung besitzt.
 - 2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007, E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt und die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

2.4 Es entspricht im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien durch degenerative Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise und unter besonderen Vorausset-

zungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als unfallbedingt kann eine Diskushernie nur dann betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b, und medizinische Literatur; ebenso Urteil 8C_213/2008 vom 9. Juni 2008). Ein Unfall ist gemäss dieser Rechtsprechung somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. So hat im medizinischen Versuch die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule herbeigeführt werden können, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen (vgl. Urteil R. des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1. mit Hinweisen; ebenso Urteil Z. des EVG vom 6. September 2006, U3/06, E. 1.2). Ist die Diskushernie hingegen bei einem degenerativen Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Dies ist dann der Fall, wenn die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht worden ist. Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel nebst Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (vgl. Urteil 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

2.5 Nach derzeitigem medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine solche traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel wiederum nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2008: Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur).

3.1 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1).

3.2 Zur Feststellung des Sachverhaltes und des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158

E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit jener ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

4. Der Beschwerdeführer vertritt in seiner Beschwerdebegründung vom 24. Dezember 2013 in erster Linie die sinngemässe Auffassung, die nach dem 31. August 2013 noch immer vorhandenen Beschwerden seien auf eine durch das Unfallereignis vom 16. November 2012 verursachte traumatische Verletzung der Wirbelsäule zurückzuführen. Die SUVA stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die geklagten Beschwerden ab September 2013 nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur gewesen seien.

4.1 Gemäss Bericht des Instituts E.____ am Kantonsspital F.____ vom 23. November 2012 sei im MRT der Lendenwirbelsäule eine breitbasige, postero-mediale Diskushernie LWK 4/5 mit Wurzelkompression L5 links zu erkennen. Nachweisbar seien ebenso eine nach kaudal umgeschlagene Hernienkomponente rechts mit breitem Kontakt zur Wurzel L5 (entgegen der klinischen Symptomatik mehr ausgeprägt rechts als links) sowie eine Spinalkanalstenose.

4.2 Im Bericht der Notfallstation des Kantonsspitals G.____ vom 23. November 2012 diagnostizierten die Ärzte eine Diskushernie L4/5 links mit rezessaler Wurzelkompression L5 links und sensomotorischem Ausfallsyndrom des Fusshebers M3 links. Ferner diagnostizierten sie einen Status nach motorischem lumboradikulärem Ausfall- und Reizsyndrom L5 rechts nach einer gemäss MRI vom 9. Dezember 2009 kaudal luxierten Diskushernie L4/5 median und rechts lateral.

4.3 Dem Austrittsbericht der Notfallstation des Spitals H.____ vom 23. November 2012 zufolge sei eine Diskushernie L4/5 links mit Grosszehenheber- und Fussaussenrandheber-Parese zu diagnostizieren. Vor rund einer Woche sei der Patient von hinten überraschenderweise von einem Kind angesprungen worden. Im weiteren Verlauf seien deutliche Beschwerden aufgetreten. Er habe bereits vor Jahren – allerdings rechtsseitig – unter sehr ähnlichen Beschwerden gelitten, die dazumal unter konservativer Therapie gut beherrschbar gewesen seien.

4.4 Dem Bericht des Spitals H.____ vom 11. Dezember 2012 ist zu entnehmen, dass der Versicherte an Rückenschmerzen und ausstrahlenden Schmerzen in das linke Bein gelitten habe, nachdem ihm sein Kind überraschenderweise in den Rücken gesprungen sei. Bei Ischialgien und linksseitiger Parese sei am 23. November 2012 die Frage nach einer Operationsindikation gestellt worden. Vor Jahren habe er an sehr ähnlichen Beschwerden gelitten, allerdings rechtsseitig. Damals seien mittels MRI eine Diskushernie und Paresen erhoben worden. Seit dem 23. November 2012 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

4.5 Gemäss Rückmeldung der ambulanten Physiotherapie der Rehaklinik I.____ vom 3. Januar 2013 sei eine Tendenz zur Besserung in sehr bescheidenem Rahmen festzustellen. Der Versicherte habe nach den letzten Rückenproblemen im Jahre 2009 mit Diskushernie auf Höhe 4/5 rechts nach einigen Wochen seine Arbeit als B.____ wieder aufnehmen können. Dieses Mal sei der Verlauf schwieriger, die Paresen ausgeprägter und die Schmerzen hartnäckiger.

4.6 Gemäss Beurteilung im Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals H.____ vom 18. Januar 2013 sei im aktuellen MRI eine subligamentäre, mediane und beidseits paramediane Bandscheibenherniation in Höhe L4/5 nachgewiesen. Im Weiteren könne eine Migration von Bandscheibengewebe nach kaudal in den rechten Recessus lateralis mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts und eine Bedrängung der Nervenwurzel L5 links erhoben werden.

4.7 Gemäss Arztzeugnis UVG des Spitals H.____ vom 6. Februar 2013 sei eine Diskushernie L4/5 links zu diagnostizieren. Bereits vor Jahren hätten ähnliche Beschwerden auf der rechten Seite bestanden. Der Befund sei keine ausschliessliche Unfallfolge. Die Diskushernie sei vorbestehend und durch das akute Ereignis symptomatisch geworden.

4.8 Gemäss Bericht des Spitals H.____ vom 22. April 2013 sei eine Restparese des Grosszehenhebers und des Fussaussenrandhebers links bei nach kaudal sequestrierter Dis-

kushernie L4/5 zu diagnostizieren. Der Patient berichte über eine vollständige Rückläufigkeit der Schmerzen bei aber noch verbleibender Kraftminderung fussbetont. Den Arbeitsalltag könne er im Umfang von 50% aktuell problemlos bewältigen. Allerdings gebe es immer wieder Situationen, bei welchen eine besondere Belastung der linken unteren Extremität erforderlich sei, und bei welcher die grosse Unsicherheit sowie das Wegknicken des Fusses ein gewisses Unfall- und Verletzungsrisiko darstelle. Das Gangbild sei zügig und hinkfrei. Die differenzierten Gangbilder seien sicher demonstrierbar. Allerdings falle eine gewisse Unsicherheit beim Fersengang links auf. Seit dem 22. April 2013 sei der Patient wieder im Umfang von 80% arbeitsfähig. Es sei von einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Inwieweit sich die Kraftminderung vollumfänglich verbessern werde, sei noch nicht absehbar.

4.9 Dem Bericht des Spitals H._____ vom 20. Juni 2013 zufolge berichte der Patient über eine weitere Verbesserung der zuletzt noch beschriebenen Kraftminderung im linken Fuss. Schmerzen bestünden insbesondere nach einem langen Arbeitstag. Im Prinzip sei das Arbeiten aber weitestgehend wieder möglich. Zuletzt sei der Patient im Umfang von 80% arbeitsfähig geschrieben gewesen, habe de facto aber eine 100%-ige Leistung erbracht. Die differenzierten Gangbilder seien sicher demonstrierbar. Auch der Fersengang links gehe deutlich besser, jedoch komme es bei längerem Stehen auf der linken Ferse noch zu einem Absinken des Vorfusses. Die zuletzt beschriebenen Schmerzen, Beschwerden und motorischen Defizite links seien weiter rückläufig. In den letzten Jahren sei es immer wieder zu Schmerzexazerbationen im Sinne einer Radikulopathie gekommen. Momentan könne der Patient seine Arbeit wieder vollumfänglich ausüben. Man sollte sich trotzdem über eine Umschulung für einen körperlich weniger belastenden Arbeitsplatz Gedanken machen.

4.10 Der kreisärztlichen Kurzbeurteilung von Prof. Dr. J._____, Facharzt für Chirurgie, vom 8. Juli 2013 zufolge habe der Unfall vom 16. November 2012 zu keinen zusätzlichen, bildgebend nachweisbaren, strukturellen Läsionen am Rücken geführt. Die Diskushernie sei bereits im Jahre 2009 beschrieben worden. Es könne daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass bei den Beschwerden des Versicherten aktuell keine Unfallfolgen mehr eine Rolle spielen würden.

4.11 Gemäss der kreisärztlichen Beurteilung von Prof. Dr. J._____ vom 9. Juli 2013 sei aufgrund der medizinischen Aktenlage dokumentiert, dass eine grosse, nach kaudal umgeschlagene Diskushernie auf Höhe L4/5 vorbestanden habe. Die Tatsache, dass es im Jahre 2009 zu überwiegend rechtsseitig ausstrahlenden Schmerzen, nunmehr 2012 jedoch zu linksseitigen Beschwerden gekommen sei, ändere nichts an der Tatsache, dass bildgebend keine strukturellen Läsionen zu finden seien.

5.1 Aufgrund der in den medizinischen Akten erwähnten MRI-Untersuchung aus dem Jahre 2009 steht fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des fraglichen Unfalls im November 2012 bereits erhebliche degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule aufgewiesen hat. So bestand gemäss MRI vom 9. Dezember 2009 schon zuvor eine kaudal luxierte Diskushernie auf derselben Höhe L4/5, wie sie auch anhand aktueller Bildgebungen im Zeitpunkt unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 16. November 2012 erhoben werden konnte (vgl. Bericht der Not-

fallstation des Kantonsspitals F.____ vom 23. November 2012). Gleiches erhellt aus dem Bericht des Spitals H.____ vom 11. Dezember 2012, wonach der Versicherte bereits vor Jahren an sehr ähnlichen Beschwerden wie die nunmehr erhobenen Ischialgien und Paresen, dazumal allerdings rechtsseitig, gelitten hatte. Nichts anderes bestätigt schliesslich auch das Arztzeugnis UVG des Spitals H.____ vom 6. Februar 2013 (vgl. ebenso Bericht des Spitals H.____ vom 20. Juni 2013 sowie bereits die Schadenmeldung UVG des Arbeitgebers vom 30. November 2012). Obschon vor dem fraglichen Unfall vom 16. November 2012 ähnliche Beschwerden beklagt worden sind, zieht der Beschwerdeführer nunmehr den Schluss, das neuerdings erlittene Unfallereignis sei für die seither erneut eingetretenen Beschwerden auch weiterhin ursächlich. Er argumentiert damit sinngemäss, sein Vorzustand habe durch das versicherte Ereignis vom 16. November 2012 eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Entgegen dieser vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung ist die unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden Wirbelsäulenerkrankung jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen als richtunggebend zu betrachten. Ansonsten ist sie vorübergehender Natur (vgl. oben, Erwägungen 2.4. f.; ebenso SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen).

Aufgrund der Akten steht fest, dass sich der Versicherte anlässlich des fraglichen Unfallereignisses im November 2012 im Vergleich zu seinem Gesundheitszustand im Jahre 2009 keine zusätzlichen, objektivierbaren Verletzungen zugezogen hat. Aufgrund der bereits im Jahre 2009 durchgeführten MRI-Bildgebung ist in Übereinstimmung mit der kreisärztlichen Kurzbeurteilung von Prof. Dr. J.____ vom 8. Juli 2013 erstellt, dass nach dem Ereignis vom 16. November 2012 keine zusätzlichen, strukturellen Läsionen am Rücken erhoben werden konnten. Gestützt auf diverse Bildgebungen und deren schlüssige Beurteilung durch die involvierten Fachärzte ist mithin davon auszugehen, dass eine unfallbedingte – zusätzliche - strukturelle Schädigung der LWS ausgeschlossen werden kann (vgl. kreisärztliche Beurteilung von Prof. Dr. J.____ vom 9. Juli 2013). Wie eingangs dargelegt, kann das Erreichen des Status quo sine vel ante bei einer vorübergehenden Aktivierung einer vorbestehenden Diskushernie in der Regel bereits nach drei bis vier Monaten als erreicht betrachtet werden. Nicht anders verhält es sich im vorliegenden Fall. Die gegenteilige Auffassung des Beschwerdeführers einer über August 2013 andauernden, richtunggebenden Verschlimmerung widerspricht nämlich der normativen Erfahrungstatsache, wie sie das Bundesgericht in beständiger Rechtsprechung geprägt hat. Danach müsste eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (vgl. Erwägung 2.5 hievore). Der von den behandelnden Ärzten mehrfach erhobene Vorzustand einer sehr ähnlichen, ebenso deutlich degenerativen Veränderung stimmt jedoch vielmehr mit der medizinischen Erfahrungstatsache überein, dass die beklagte Diskushernie durch den fraglichen Unfall vom 16. November 2012 lediglich ausgelöst, nicht aber verursacht worden ist. Zu diesem Schluss kommt nicht nur der Kreisarzt, sondern auch die behandelnde Assistenzärztin des Spitals H.____. Die Symptomatik stelle keine ausschliessliche Unfallfolge dar, sondern die vorbestehende Diskushernie sei durch den aktuellen Unfall vielmehr symptomatisch geworden (vgl. Arztzeugnis UVG des Spitals H.____, vom 6. Februar 2012 [recte: 2013], SUVA Akt Nr. 16). Diese Aktivierung eines bereits seit 2009 vorgelegenen, degenerativen Vorzustandes in Form der erhobenen Ischialgie ist aber grundsätzlich innert drei bis vier Monaten als abgeschlossen zu betrachten. An diesem Ergebnis vermag nichts zu ändern, dass es im Jahre 2009 zu überwiegend rechtsseitig ausstrahlenden

Schmerzen (vgl. Austrittsbericht der Notfallstation des Spitals H.____ vom 23. November 2012), nunmehr jedoch zu linksseitigen Beschwerden gekommen ist, da dem Gesagten zufolge heute wie bereits dazumal bildgebend keine strukturellen Läsionen erhoben werden konnten (vgl. kreisärztliche Beurteilung von Prof. Dr. R. J.____ vom 9. Juli 2013).

5.2 Rechtsprechungsgemäss kann auf die Berichte versicherungsinterner Ärzte abgestellt werden, wenn kein Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Schlussfolgerungen besteht (vgl. BGE 135 V 471, E. 4.7). Zweifel liegen hier keine vor. Die vom Kreisarzt Prof. Dr. J.____ und auch in den übrigen Berichten der behandelnden Fachärzte beschriebene degenerative Entwicklung der objektiv begründeten Beschwerden entspricht den Erfahrungswerten bei post-traumatisch ausgelösten Rückenbeschwerden. Daran vermag insbesondere auch nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer Anfang Juli 2013 noch einen gesundheitlichen Rückschlag erlitten hatte. Nach Lage der Akten ist vielmehr erstellt, dass er jedenfalls ab 8. Juli 2013 wieder vollumfänglich arbeitsfähig war (vgl. bereits Bericht des Spitals H.____ vom 20. Juni 2013 sowie Beschwerdebeurteilung vom 24. Dezember 2013). Die seither anhaltende, volle Arbeitsfähigkeit zeigt somit auf, dass eine über August 2013 hinausgehende medizinische Behandlung keine erhebliche Verbesserung der bereits wiedererlangten Arbeitsfähigkeit mehr zu bewirken vermag. Ohnehin ist daran zu erinnern, dass ein Unfall nur in Ausnahmefällen geeignet ist, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Daran vermag auch ein massiver Vorzustand nichts zu ändern. Im vorliegenden Fall liegen jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür vor, dass - entgegen der allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsache - die durch den im November 2012 erlittenen Unfall verursachte Einwirkung auf die Wirbelsäule des Versicherten eine über die Dauer von rund neuneneinhalb Monaten und somit über Ende August 2013 hinaus andauernde Schädigung verursacht hätte. Eine allfällige ergänzende, gutachterliche Untersuchung würde in diesem Zusammenhang zu keinen neuen Erkenntnissen führen, da der Gesundheitszustand im Unfallzeitpunkt und die nachfolgende Entwicklung bis August 2013 zu beurteilen wäre; dies allerdings könnte nur anhand der ohnehin bereits vorliegenden Akten geschehen. Auf eine ergänzende Abklärung der medizinischen Verhältnisse ist daher in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten. Auch der vom Beschwerdeführer vorgebrachte Einwand, dass er noch immer Schmerzen habe und die Physiotherapie besuche, vermag zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Zum einen war es bereits vor dem fraglichen Unfall zu wiederholten Schmerzexazerbationen im Sinne der ebenfalls nunmehr erhobenen Radikulopathie gekommen (vgl. Bericht des Spitals H.____ vom 20. Juni 2013). Zum anderen ist dadurch nicht erstellt, dass die weiterhin geklagten Beschwerden auf einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden zurückzuführen sind. Den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Unfall im November 2012 und dem Bandscheibenschaden allein mit der Argumentation zu bejahen, dass der Versicherte zuvor nicht an entsprechenden Beschwerden gelitten habe, liefe auf eine unzulässige Beweisformel "post ergo propter hoc" hinaus.

5.3 Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdebeurteilung nebst dem fraglichen Unfall vom 16. November 2012 seine Beschwerden schliesslich auch auf einen Sturz auf den Rücken im Jahre 1997 zurückführt, ist vorab darauf hinzuweisen, dass die SUVA ihre Leis-

tungspflicht ab September 2013 in der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung vom 16. August 2013 nur in Bezug auf das Unfallereignis im Jahre 2012 abgelehnt hat. Streitgegenstand der richterlichen Überprüfung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist demnach einzig die Frage nach allfälligen Folgen des Unfalls vom 16. November 2012. Nicht desto trotz ist in inhaltlicher Hinsicht festzuhalten, dass in den Akten des Unfallversicherers zwar ein Unfall aus dem Jahre 1997 dokumentiert ist. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers handelt es sich dabei aber nicht um einen Arbeitsunfall, sondern um einen Nichtberufsunfall, wonach der Versicherte am 18. Januar 1997 beim Snowboardfahren in K.____ in ein Loch gefahren sei. Dabei habe es einen Schlag gegeben und der Versicherte sei auf den Rücken gefallen. Im entsprechenden Arztzeugnis von Dr. L.____ vom 6. Februar 1997 wurde im Bereich der LWS lediglich eine Kontusion erhoben, und es wurde dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von drei Tagen attestiert (vgl. SUVA-Akt Nr. 3). Wie weiter daraus zu ersehen ist, hat der Versicherte seine Arbeit bereits fünf Tage nach jenem Unfall wieder vollumfänglich aufgenommen. Eine weitergehende ärztliche Behandlung ist nicht dokumentiert. Ebenso wenig ergibt sich aus den Akten eine strukturelle Läsion an der Wirbelsäule des Versicherten, wie sie dem zuvor Gesagten aber für eine richtunggebende Verschlimmerung oder gar eine eigentliche Erst-Verursachung einer Diskushernie überhaupt vorausgesetzt gewesen wäre. Für die These des Beschwerdeführers, dass der damalige Unfall von Januar 1997 in einem allfälligen, kausalen Zusammenhang mit seinen heute noch immer geklagten Rückenbeschwerden steht, bestehen deshalb keinerlei Hinweise oder Indizien. Zumal der Versicherte anlässlich einer erst letzthin am 26. März 2013 durchgeführten Besprechung noch angegeben hatte, dass der Unfall im Jahre 1997 keine spürbaren Restbeschwerden hinterlassen habe (vgl. SUVA-Akten Nr. 30, S. 2), erweist sich dessen Einwand, seine weiterhin bestehenden Rückenleiden seien ganz oder zumindest teilweise auf den damals vor mittlerweile über 17 Jahre beim Snowboarden erlittenen Sturz zurückzuführen, als nicht stichhaltig,

5.4 Zusammenfassend ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die SUVA hinsichtlich der strittigen Leistungseinstellung auf die versicherungsmedizinische Beurteilung ihres Kreisarztes vom 9. Juli 2013 abgestellt hat. Dieser im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Bericht setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt – wenn auch nur knapp gehalten – letztlich ein umfassendes Bild über die relevanten Umstände des Gesundheitszustands des Versicherten. Ebenso decken sich die darin erwähnten Befunde mit der oben erwähnten medizinischen Dokumentation seines Vorzustandes. Es muss deshalb sein Bewenden damit haben, dass im November 2012 durch den Unfall lediglich eine vorübergehende Akzentuierung in Form einer symptomatisierenden Aktivierung einer bereits vorbestehenden Diskushernie ausgelöst wurde, das Kriterium für eine traumatische Schädigung der LWS mangels Bild gebender, objektivierbarer und struktureller Veränderung und damit für eine eigentliche Verschlimmerung eines bislang klinisch stummen degenerativen Vorzustandes hingegen nicht erfüllt ist. Den aufgezeigten medizinischen Unterlagen ist vielmehr überzeugend zu entnehmen, dass der Status quo ante bzw. sine Ende August 2013 nach mittlerweile über neun Monaten nach dem fraglichen Unfall vom 16. November 2012 wieder erreicht war. Dies entspricht einer deutlich längeren Dauer als den Erfahrungswerten, wie sie von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden sind (vgl. oben, Erwägung 2.5). Rechtsprechungsgemäss wäre gar eine richtunggebende Verschlimmerung durch die bis Ende August

2013 erbrachten Leistungen der SUVA noch abgedeckt. Stehen die somatischen Beschwerden des Versicherten somit spätestens ab September 2013 in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mehr mit dem im November 2012 erlittenen Unfall, hat die SUVA ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt hierfür zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

6. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.