

# GR\_GERICHTE S 2015 35 vom 20. Oktober 2015

GR Gerichte, 2015-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2015 35](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2015_35)

FR: GR\_GERICHTE S 2015 35 du 20 octobre 2015

IT: GR\_GERICHTE S 2015 35 del 20 ottobre 2015

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 2

Die Erstbehandlung erfolgte am 1. Dezember 2013 bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, welcher eine diskoligamentäre Verletzung mit möglicher C6- Nervenwurzelreizung beidseits diagnostizierte. Differenzialdiagnostisch wurde eine Commotio spinalis angenommen. Ossäre Läsionen wurden keine festgestellt. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht. Die B.\_\_\_\_\_ AG anerkannte das Ereignis vom 30. November 2013 als Nichtberufsunfall.

### E. 3

Nach weiteren medizinischen Untersuchungen (einschliesslich zweier MRI-Untersuchungen am 18. Dezember 2013 und 21. März 2014 und einer CT-Untersuchung der HWS am 13. Mai 2014) sowie nach Vornahme eines operativen Eingriffs am 19. Mai 2014 (totale Discectomie C5/6, Os-teophyten-Resektion und Foraminotomie beidseits sowie Interposition einer Bandscheibenprothese) stellte die B.\_\_\_\_\_ AG, gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2014, mit Verfügung vom 25. September 2014 die Versicherungsleistungen per 31. März 2014 ein, da ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem Ereignis vom 30. November 2013 nicht mehr gegeben sei.

### E. 4

Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 8. Oktober 2014 Einsprache. Begründend führte er aus, dass er vor dem Zusammenprall am 30. November 2013 keine der in der Verfügung aufgelisteten Symptome gehabt habe. Diese Symptome seien durch den Unfall ausgelöst worden. Dementsprechend

- 3 - sei die Einsprache gutzuheissen und die Leistungen nicht per 31. März 2014 einzustellen. Gleichzeitig mit der Einsprache stellte A.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_ AG einen Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2014 zu.

### E. 5

Nach Einholung des Berichts der CT-Untersuchung der HWS vom 13. Mai 2014 sowie einer erneuten Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015 wies die B.\_\_\_\_\_ AG die Einsprache von A.\_\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 11. Februar 2015 ab und entzog einer allfälligen Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Einspracheentscheid die aufschiebende Wirkung.

## E. 6

Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 13. März 2015 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit dem Antrag auf Aufhebung der Verfügung vom 25. September 2014 und des Einspracheentscheids vom 11. Februar 2015. Begründend führte er aus, dass er anlässlich eines Eishockeyspiels am 30. November 2013 mit hoher Geschwindigkeit einen Zusammenprall mit einem Gegenspieler erlitten habe. Dabei habe er beim Aufprall einen "kräftigen Stromschlag" durch den ganzen Körper und sofort starke Schmerzen verspürt. Auch habe er Sensibilitätsstörungen bemerkt. Vor dem Unfall habe er nie Beschwerden am Nacken gehabt. Die jetzigen Beschwerden seien klar auf den Unfall beim Eishockey zurückzuführen. In den Arztberichten sei von einer traumatischen Diskushernie die Rede. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ spreche im Arztbericht vom 13. Mai 2014 von einem Status nach Trauma beim Hockey. Auch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ begründe klar und unmissverständlich, dass die Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Da die B.\_\_\_\_\_ AG Unfallleistungen ausgerichtet habe, habe sie zu beweisen, dass die Gesundheitsschädigung ausschliesslich auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sei, was ihr nicht gelinge. Aufgrund der Arztberichte von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sei klar ersichtlich,

- 4 - dass der Unfall Auslöser für die geklagten Beschwerden und die hierauf notwendig gewordene Operation sei. Hätte sich der Unfall nicht ereignet, wären die Beschwerden nicht aufgetreten und die Operation nicht notwendig geworden. Die MRI-Untersuchung vom 18. Dezember 2013 zeige, dass es sich um einen sehr heftigen Zusammenprall gehandelt habe. Diskushernien könnten ausnahmsweise durch traumatische Ereignisse entstehen. Gerade beim Eishockey wirkten Kräfte, die eine solche Gesundheitsschädigung möglich machten. Um Leistungen aus der Unfallversicherung zu begründen, genüge eine Teilursache. Sollte das Gericht der Ansicht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht folgen, sei ein unabhängiges Gerichtsgutachten einzuholen. Die Schlussfolgerungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ seien nicht nachvollziehbar.

## E. 7

Die B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend Beschwerdegegnerin) beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 11. Mai 2015 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 11. Februar 2015. Die Beschwerden hätten sich nach dem Unfallereignis vom 30. November 2013 gemäss Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zunächst verbessert. Den Berichten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2014 und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2014 komme nur beschränkter Beweiswert zu, da Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden. Entgegen den beschwerdeführerischen Ausführungen habe dieser keinen schweren Unfall erlitten. Zusammenstösse und Bandenchecks seien beim Eishockey Bestandteil des Spiels und im Rahmen der Regeln erlaubt. Die Beschwerdegegnerin bestreite nicht, dass der Zusammenstoss zu einer Schmerzauslösung geführt habe. Der Verlauf entspreche jedoch der medizinischen Erfahrung, indem die Beschwerden zurückgegangen seien und sich die Trizepsschwäche und auch die Dysästhesien gebessert hätten. Bei einem konstitutionell ohnehin engen Spinalkanal, den bildgebend dokumentierten degenerativen Veränderungen

- 5 - der Wirbelsäule sowie den fehlenden posttraumatischen ossären und muskulären Läsionen sowie unter Berücksichtigung, dass aus medizinischer Sicht keine äussere Gewalteinwirkung vorstellbar sei, die isoliert eine Bandscheibe verletzen könne, sei es

vorliegend nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Diskushernie als Teilursache durch den Zusammenstoss vom 30. November 2013 verursacht worden sei. Die Argumentation des Beschwerdeführers und seines Hausarztes, wonach der Beschwerdeführer vor dem Ereignis keine Beschwerden gehabt habe, weshalb das Unfallereignis kausal sei für die Beschwerden, sei unbehelflich, handle es sich doch um eine reine "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation, die unzulässig sei. Es lägen alle verfügbaren und zeitnahen medizinischen Unterlagen vor, sodass sich Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ein umfassendes Bild machen können. Von einem weiteren Gutachten seien deshalb keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften sowie auf den angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Februar 2015 wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorliegend hat der Beschwerdeführer Wohnsitz in Graubünden, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes des Kantons gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes ergibt sich aus

- 6 - Art. 57 ATSG in Verbindung mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Der Einspracheentscheid vom 11. Februar 2015, mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einsprache des heutigen Beschwerdeführers vom 8. Oktober 2014 abgewiesen und gleichzeitig ihre Verfügung vom 25. September 2014 bestätigt hat, stellt demnach ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht dar. Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung auf (vgl. Art. 59 ATSG). Auf die zudem frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Beschwerdeschrift vom 13. März 2015 die Aufhebung der Verfügung vom 25. September 2014 sowie des Einspracheentscheids vom 11. Februar 2015. Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass der Einspracheentscheid gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtes an die Stelle der Verfügung tritt und damit alleiniger Anfechtungsgegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet. Die Verfügung, soweit angefochten, hat mit dem Erlass des Einspracheentscheids jede rechtliche Bedeutung verloren (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_592/2012 vom 23. November 2012 E.3.2 mit Hinweisen). Folglich hätte sich der vom Beschwerdeführer neben dem Antrag auf Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zusätzlich gestellte Antrag auf Aufhebung der Verfügung vom 25. September 2014 erübrigt. Negative Folgen aus diesem formellen Versäumnis ergeben sich für den nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer indes keine.

- 7 - 3. a) Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen

Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). b) Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E.3.1 und 3.2; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E.3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht als 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 entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E.3.1, 119 V 335 E.1; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E.5.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise 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 129 V 177 E.3.1; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121

- 8 - E.5.1). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener körperlicher Beeinträchtigungen – wie sie vorliegend mit der Diskushernie in Frage stehen – spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E.2.1). c) Wird durch den 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E.3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E.3b). 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 bloße Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E.3.2). d) Um die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem schädigenden Unfallereignis und den geklagten gesundheitlichen

- 9 - Beeinträchtigungen beurteilen zu können, sind die zuständigen Behörden auf Unterlagen angewiesen, die ihnen vorab von Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 Beweiswerts 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in

- 10 - sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3a mit Hinweisen). 4. Unbestritten und aufgrund der Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 30. November 2013 anlässlich eines Zusammenpralls mit einem Gegenspieler bei einem Eishockeyspiel eine Stauchung der Wirbelsäule erlitten hat und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Unbestritten ist des Weiteren, dass es sich bei diesem Ereignis um einen Unfall im Rechtssinne gemäss Art. 4 ATSG handelt. Die Beschwerdegegnerin hat das Ereignis denn auch als Nichtberufsunfall erkannt und entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Ebenfalls unbestritten sind die ärztlich erhobenen Diagnosen (vgl. dazu nachstehend E.4) sowie die Tatsache, dass bildgebend degenerative Veränderungen an der HWS festgestellt wurden. Umstritten und nachfolgend

zu prüfen ist demgegenüber, ob die über den 31. März 2014 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfallereignis stehen und damit der Beschwerdeführer auch über den 31. März 2014 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

- 11 - Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich folgendes Bild: • Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte anlässlich der Erstbehandlung vom 1. Dezember 2013 gemäss Arztbericht vom 17. Juni 2014 (beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 17) eine diskoligamentäre Verletzung mit möglicher C6- Nervenwurzelreizung beidseits. Differentialdiagnostisch wurde eine Commotio spinalis erwähnt. Bezüglich Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ was folgt fest: "Im Hockeymatch hatte der Pat. eine Kollision mit einem anderen Spieler. Er habe danach nicht mehr richtig stehen können. Er sei nicht bewusstlos gewesen. Den Kopf habe er nicht angeschlagen." Als Befund wurde folgendes erhoben: "Druckdolente HWS im kaudalen Bereich. Sensibilität Zeigfinger und ulnar am Daumen eher dys- bis hyperästhetisch". Röntgenbefund: "HWS ap/lat: kranial Streckhaltung mit Knick um C5/6. Keine ossäre Läsionen". Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht. • Am 18. Dezember 2013 wurde eine MRI-Untersuchung des Nackens durchgeführt. Im entsprechenden Bericht (Bg-act. 10/11) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt Radiologie FMH, vorbestehende multiple segmentäre Chondrosen (degenerative Veränderungen der Knorpel), eine Wirbelkanalstenose (Verengung des Wirbelkanals), eine Fehlhaltung in Form einer flachbogigen Kyphosierung zwischen HWK 3 und 6 bei erhaltenem dorsalem Alignment, eine traumatische Diskushernie im Segment HWK 5/6 sowie eine Distraction im Segment BWK 1/2 mit einer entsprechenden Zerrung des interspinalen Ligaments fest. Anhaltspunkte für eine posttraumatische ossäre respektive muskuläre Läsion zeigten sich keine. • Die am 21. März 2014 von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt Radiologie FMH, spez. Pädiatrische Radiologie, wegen rezidivierenden Kribbelparästhesien durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS ergab folgende Befunde (vgl. Bg-act. 12/13): "Segment HWK2/3: Normal weiter Spinalkanal. Normale Weite der Neuroforamina. Normale Bandscheibenhöhe. HWK 3/4: Relativ enger Spinalkanal mit 9mm im Sagittaldurchmesser. Normale Bandscheibenhöhe. Keine neuroforaminale Stenose. HWK4/5: Tendenziell enger Spinalkanal mit 9mm Durchmesser im Sagittaldurchmesser. Die Neuroforamina sind noch normal weit, insbesondere rechts, jedoch ebenfalls tendenziell etwas eng. Normale Bandscheibenhöhe. Kein relevantes Diskusbulging. HWK5/6: Weiterhin nachweisbare paramedian linksbetonte Diskushernie. Hier jedoch zwischenzeitlich auch etwas progredienter osteophytärer Anbau. Der Spinalkanal ist in diesem Segment im Sagittaldurchmesser mit 6mm Restweite deutlich eng. Cervikale Myelopathie in diesem Segment bei

- 12 - Signalstörung des Myelons. Beidseitige neuroforaminale Stenosierung mit möglicher Irritation der austretenden Nervenwurzeln. C6 beidseits. HWK6/7: Normal weiter Spinalkanal. Normale Weite der Neuroforamina. Unauffällige Darstellung des Myelons." • Im Aktenkonsilium vom 23. April 2014 (Bg-act. 5) führte Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Leiter Wirbelsäulenchirurgie aus, dass der Beschwerdeführer im November 2013 bei einem Eishockeyspiel ein Trauma erlitten habe. Aufgrund der Beschreibung könnte dazumal ein spinaler Schock im Spiel gewesen sei. Vorübergehend sei eine Tricepschwäche aufgetreten, die sich spontan gebessert habe. Auch die Dysästhesien schienen gebessert (bei Inklination Dysästhesien im Armbereich). Gestützt auf die MRI-Untersuchung der HWS

vom 21. März 2014 hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, dass er unter den gegebenen Umständen eine Dekompression empfehle. Wenn man den Zustand so belasse, bestehe ein erhebliches Risiko, dass bei einem schon kleinen Trauma eine relativ schwere Rückenmarkschädigung auftreten könne. • Am 13. Mai 2014 wurde eine CT-Untersuchung der HWS durchgeführt (vgl. Bg-act. 54). Im Arztbericht vom 13. Mai 2014 (Bg-act. 6/7) führte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ dazu aus, dass sich die Facettengelenke regelrecht gezeigt hätten, sodass hier sicherlich eine Implantation einer Prothese möglich sei. Zusätzlich hätten im durchgeführten CT die deutliche Vorwölbung der reaktiven Knochenveränderungen im Bereich des Spinalkanals auf Höhe C5/C6 imponiert. Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte eine zervikale Spinalstenose C5/6 durch Bandscheibenprotrusion und möglicher C6-Kompression beidseits bei Status nach Trauma beim Hockey mit Contusio spinalis im November 2013. Unter dem Titel "Beurteilung und Procedere" führte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, dass die Beschwerden klinisch aktuell weitgehend regredient seien. Es bestehe noch eine geringe Sensibilitätsminderung am zweiten Finger links, gemäss Dermatome C6. Zusätzlich bestünden noch leichte Schwierigkeiten bei der Diskriminierung von heiss und kalt. Gemäss der durchgeführten CT-Untersuchung sei prinzipiell eine Implantation einer Prothese möglich. Gewisse Unsicherheit bleibe aufgrund der ossären Situation an der Hinterkante. • Gemäss Operationsbericht (Bg-act. 8/9) wurde am 19. Mai 2014 bei Diagnose "Cervicale Spinalstenose C5/C6 bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Spondylose, Zustand nach Contusio spinalis 11/2013 mit residuellen Dysästhesien linksbetont" eine totale Discektomie C5/6, eine Osteophyten-Resektion und eine Foraminotomie beidseits sowie eine Interposition einer Bandscheibenprothese vorgenommen.

- 13 - • Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, führte im Arztbericht vom 11. Juli 2014 (Bg-act. 22) aus, dass die gemäss Bericht vom 13. Mai 2014 mittels bildgebender Untersuchung festgestellte Spinalstenose C5/C6 durch Bandscheibenprotrusion keine Unfallfolge sei. Zur Begründung führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, dass es keine vorstellbare äussere Gewalteinwirkung gebe, die eine Bandscheibe isoliert verletzen könnte. Bei axialer Gewalteinwirkung komme es auch bei degenerativ veränderten Bandscheiben immer zuerst zu Wirbelfrakturen. Bei Überstrecken, Überbeugen, Rotation oder Kombination derselben, komme es erst zu einer Diskusläsion, wenn die ligamentären Strukturen oder Wirbelgelenke ladiert worden seien. In der Bildgebung vom 21. März 2014 seien keine unfallkausalen strukturellen Veränderungen dargestellt. Es handle sich ausschliesslich um degenerative Befunde. Eine Kontusion/Distorsion heile in der Regel nach zwei bis drei Monaten folgenlos ab. Somit könne spätestens per Ende März 2014 von einem status quo ante ausgegangen werden. • Im Arztbericht vom 6. Oktober 2014 (Bg-act. 47 - 49), welcher der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin zusammen mit seiner Einsprache zustellte, führte dessen Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, aus, dass eine konservative Behandlungsstrategie festgelegt worden sei. Diese habe dann auch einen Rückgang der Beschwerden (insbesondere der Verspannung des Nackens, etwas Verbesserung der Kraft und leichter Rückgang der Dysästhesien radial beidseits) geführt. In der folgenden Konsultation habe sich jedoch eine Stagnation gezeigt. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er bei der Kopf Flexion ein Kribbeln im Bereich des Trizeps verspüre. Das Verlaufs-MRI habe eine Progredienz der Befunde gezeigt. Da der Beschwerdeführer bis vor dem Unfall keine Beschwerden gehabt habe, sei die Unfallkausalität klar gegeben. Aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nicht unmittelbar, sondern erst nach

konservativem Versuch und abwägen des Risikos operiert worden sei, könne der Fall nicht an die Krankenversicherung delegiert werden. Auch dass der Beschwerdeführer nicht komplett von der Arbeit ferngeblieben sei, sei kein Indiz, dass es sich um eine krankheitsbedingte Problematik handle. • In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 9. Januar 2015 (Bg-act. 56) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ fest, dass nach einem Trauma die Beschwerden erfahrungsgemäss anfänglich am stärksten seien und schlimmstenfalls persistieren oder langsam verschwinden würden. Das Wiederauftreten oder Verschlimmern derselben im Verlauf deute darauf hin, dass andere Ursachen für dieselben, zumindest als teilkausal, anzusehen seien. Beim Beschwerdeführer seien am 13. Mai 2014 mittels CT der HWS Uncovertebralarthrosen HWK 5/6 mit konsekutiver relativer Spinalkanaleinengung und ossär bedingter Einengung

- 14 - gung der Neuroforamina festgestellt worden. Damit sei eine Komprimierung der Nervenwurzel C6 beidseits nicht auszuschliessen gewesen. Bei diesen Befunden handle es sich nicht um Folgen des Unfallereignisses vom 30. November 2013, sondern um vorbestehende degenerative Veränderungen. Diese seien am 20. Februar (recte: 19. Mai) 2014 operativ behandelt worden. Dieser Eingriff habe der Behandlung der degenerativen Veränderungen im Sinne einer Spinalstenose C5/C6 bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Spondylose gedient. 5. a) Die Beschwerdeführerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Februar 2015 massgeblich auf die Aktenberichte ihres beratenden Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2014 und 9. Januar 2015 gestützt, wonach es sich bei den erhobenen Befunden nicht um Folgen des Unfallereignisses vom 30. November 2013, sondern eindeutig um vorbestehende degenerative Veränderungen handle, welche am 19. Mai 2014 (und nicht wie von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ versehentlich aufgeführt am 20. Februar 2014) operativ behandelt worden seien. Die erwähnten Aktenberichte von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E.3d) und überzeugen, weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ keine eigenen Untersuchungen des Beschwerdeführers durchgeführt hat, schadet dabei nicht. Denn auf eine direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu beurteilenden Person kann rechtsprechungsgemäss verzichtet werden, wenn es – wie im vorliegenden Fall – im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, ein lückenloser Befund vorliegt und sich neue Untersuchungen erübrigen. In einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweismässig sein (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_681/2011 vom 27. Juni 2012 E.4.1, 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E.3.2.2, 8C\_723/2010 vom 25. März 2011 E.4.1 je mit weiteren Hinweisen). Vorliegend sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Die präoperativen bildgebenden Diagnosen wurden durch die Operation vom 19. Mai

- 15 - 2014 beziehungsweise durch den entsprechenden Operationsbericht (vgl. Bg-act. 8/9) bestätigt. Sodann sind aufgrund der (bildgebenden) Akten sowohl die degenerativen Veränderungen als auch die Tatsache, dass diese im weiteren Verlauf progredient waren, ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund konnte sich Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ohne Weiteres ein vollständiges Bild machen. Er hat in seinen Aktenbeurteilungen vom 11. Juli 2014 (Bg-act. 22) und 9. Januar 2015 (Bg-act. 56) denn auch einleuchtend und nachvollziehbar begründet, weshalb es sich bei den geklagten Beschwerden nicht um Folgen des Unfallereignisses vom 30. November 2013, sondern um vorbestehende degenerative

Veränderungen handelt. Darauf ist – aus den nachfolgend dargestellten Überlegungen – abzustellen. b) Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien (Bandscheibenverfälle) bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_811/2012 vom 4. März 2013 E.5 mit weiteren Hinweisen). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie 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 auftreten. In der Rechtsprechung werden als Beispiele für ein Unfallereignis von besonderer Schwere etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit genannt. Es sind massivste Gewalteinwirkungen auf den Körper notwendig (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_811/2012 vom 4. März 2013 E.6.1 und 6.2 mit weiteren Hinweisen). In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich aus-

- 16 - gelöst, nicht aber verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E.2a; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_281/2007 vom 18. Januar 2008 E.5.2.1). c) Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 2. Dezember 2013 (Bg-act. 1) erlitt der Beschwerdeführer am 30. November 2013 anlässlich eines Zusammenpralls beim Eishockey eine Stauchung der Wirbelsäule. Dass der Körper beim Zusammenprall mit einem Gegenspieler bei einem Eishockeyspiel mitunter grossen Kräften ausgesetzt ist, ist notorisch. Eishockey ist eine schnelle und mit viel Einsatz geführte Sportart, bei welcher mit harten Körperkontakten und Körperangriffen zu rechnen ist. Dennoch ist das Unfallereignis vom 30. November 2013 nicht als Unfallereignis von besonderer Schwere zu qualifizieren, das geeignet gewesen wäre, selbst eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Dazu fehlt es dem Unfallereignis an der von der Rechtsprechung geforderten massivsten Gewalteinwirkungen auf den Körper (vgl. vorstehend E.5b). Selbst wenn das Unfallereignis vom 30. November 2013 indes als Unfallereignis von besonderer Schwere qualifiziert würde, ist das zweite Kriterium – unverzügliches Auftreten der Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit – zu verneinen. Dass es unverzüglich zu einer Symptomatik mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit gekommen wäre, findet in den Akten insofern keine Stütze, als der erstbehandelnde Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer einen Tag nach dem Unfallereignis vom 30. November 2013 keine Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Arztbericht vom 17. Juni 2014 [Bg-act. 17]). Vielmehr ist eine Arbeitsunfähigkeit erst während des stationären Aufenthalts im Spital Sonnenhof sowie für einige Zeit nach dem operativen Eingriff vom 19. Mai 2014 ausgeschrieben (19. Mai bis 9. Juni 2014 100% AUF, 10. Juni bis 20. Juli 2014 70 % AUF, 21. Juli bis 10. August 2014 40 % AUF; vgl. die ärztlichen

- 17 - Zeugnisse vom 22. Mai 2014 [Bg-act. 19], 3. Juni 2014 [Bg-act. 18], 21. Juli 2014 [Bg-act. 20] und 4. August 2014 [Bg-act. 21]). Zwar bestanden nach dem Unfallereignis vom 30. November 2013 gemäss den vorstehend erwähnten medizinischen Berichten (vgl.

E.4) vorübergehend eine Trizepsschwäche und gewisse Dysästhesien (Empfindungsstörungen); Letztere sind rechtsprechungsgemäss als radikuläres Syndrom und damit als Symptomatik der Diskushernie zu betrachten. Doch bereits im Aktenkonsilium vom 23. April 2014 (Bg-act. 5) hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, dass sich die vorübergehende Trizepsschwäche spontan gebessert habe und auch die Dysästhesien gebessert schienen. Im Arztbericht vom 13. Mai 2014 (Bg-act. 7) führte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sodann aus, dass die Beschwerden aktuell weitgehend regredient seien. Es bestünden noch eine geringe Sensibilitätsstörung am zweiten Finger links, gemäss Dermatome C6 sowie leichte Schwierigkeiten bei der Diskriminierung von heiss und kalt. Auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 6. Oktober 2014 (Bg-act. 47 - 49) zunächst eine Regredienz der Beschwerden, insbesondere der Nackenverspannungen und der Dysästhesien, sowie eine Verbesserung der Kraft fest. Dementsprechend sind vorliegend keine mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit verbundenen unverzüglichen dramatischen Auswirkungen nach dem Zusammenprall beim Eishockey ausgewiesen, womit auch das zweite zur Bejahung der natürlichen Kausalität notwendige Kriterium (vgl. vorstehend E.5b) nicht erfüllt ist. Vor diesem Hintergrund sind die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten Kriterien zur Annahme einer ausnahmsweise als unfallbedingt zu betrachtenden Diskushernie nicht erfüllt, weshalb die natürliche Kausalität der noch bestehenden Beschwerden zum Unfallereignis vom 30. November 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist. d) Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung – wie gesehen – nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit

- 18 - dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Treten nach einem Unfall posttraumatische Lumbalgien und Lumboischialgien auf, so kann das Erreichen des status quo sine nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E.3.1; vgl. zum Ganzen: RUMO-JUNGO/HOLZER in: MURER/STAUFFER [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 S. 55 f.). Die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, wonach es sich bei der zur Diskussion stehenden Diskushernie eindeutig um ein degeneratives Geschehen handelt und der status quo ante spätestens per 31. März 2014 eingetreten ist, überzeugt. Denn weder in der MRI-Untersuchung vom 18. Dezember 2013 (vgl. Bg-act. 10/11) noch in jener vom 21. März 2014 (vgl. Bg-act. 12/13) zeigten sich Anhaltspunkte für eine posttraumatische ossäre oder muskuläre Läsion und auch anderweitige unfallkausale strukturelle Veränderungen wurden anlässlich dieser bildgebenden Untersuchungen nicht festgestellt. Vielmehr zeigten sich anlässlich der erwähnten Untersuchungen – wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig darlegt – degenerative Veränderungen. Sodann äusserte sich auch Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in seinen Arztberichten vom 23. April (Bg-act. 5) und 13. Mai 2014 (Bg-act. 6/7) nicht zur Unfallkausalität der bildgebend erhobenen Befunde und bejahte eine solche dementsprechend auch nicht. Infolgedessen ist mit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Diskushernie nicht durch das

Unfallereignis vom 30. November 2013 ausgelöst wurde, sondern dieses "lediglich" zu einer Schmerzauslösung geführt hat. Die Operation vom 19. Mai 2014 diene denn auch einzig der

- 19 - Behandlung von degenerativen Veränderungen im Sinne einer Spinalstenose C5/C6 bei breitbasiger Bandscheibenprotrusion und Spondylose und war nach Beurteilung von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ einzig deswegen indiziert, weil aufgrund des erhobenen Befundes ein erhebliches Restrisiko für eine Rückenmarkschädigung bei schon kleinem Trauma bestand (vgl. dessen Arztbericht vom 23. April 2014 [Bg-act. 5]). Nach dem Darlegten ist mit der Beschwerdegegnerin und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ davon auszugehen, dass es sich bei der Diskushernie des Beschwerdeführers um ein degeneratives Geschehen handelt und nicht um eine Folge des Unfallereignisses vom 30. November 2013 und der status quo ante rund vier Monate nach dem Unfallereignis per 31. März 2014 eingetreten ist. e) Soweit der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 6. Oktober 2014 (Bg-act. 47 - 49) den angeblichen Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 30. November 2013 damit begründet, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis bezüglich der HWS beschwerdefrei gewesen und nie deswegen behandelt worden sei, ist darauf hinzuweisen, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend ist, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_151/2012 vom 12. Juli 2012 E.5.4, 8C\_631/2012 vom 14. Dezember 2012 E.4 je mit Hinweisen). Auch beschreibt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im erwähnten Arztbericht, dass der Beschwerdeführer nach einem Crash auf offenem Eis einige Minuten reigungslos am Boden gelegen habe. Diese Aussage findet in den Akten keine Stütze. Vielmehr hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Arztbericht der Erstbehandlung vom 17. Juni 2014 (Bg-act. 17) fest, dass der Beschwerdeführer nach einer Kollision mit einem anderen Spieler nicht mehr richtig stehen können. Er sei indes nicht bewusstlos gewesen und habe

- 20 - auch den Kopf nicht angeschlagen. Dementsprechend vermag der Arztbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2014 aber keine Zweifel an der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu wecken. f) Von weiteren Beweismassnahmen und insbesondere von der Erstellung eines gerichtlichen Gutachtens – wie es der Beschwerdeführer beantragt – sind keine neuen oder zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb vorliegend in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 124 V 90 E.4b). 6. a) Fehlt es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der natürlichen Kausalität zwischen den über den 31. März 2014 hinaus geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 30. November 2013, ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Diskushernie ausgeschlossen. Vor diesem Hintergrund ist die mit Einspracheentscheid vom 11. Februar 2015 bestätigte Leistungseinstellung vier Monate nach dem Unfallereignis vom 30. November 2013 per 31. März 2014 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich dementsprechend als unbegründet und ist abzuweisen. b) Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen – ausser bei leichtsinniger oder mutwilliger Prozessführung – für die Parteien kostenlos. Demnach werden für das vorliegenden Beschwerdeverfahren keine Kosten erhoben. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht überdies kein

Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).  
Demnach erkennt das Gericht:

- 21 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte  
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.