

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/80 vom 11. April 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-04-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2014\\_80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2014_80)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/80 du 11 avril 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2014/80 del 11 aprile 2016

## **Regeste**

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Verneinung der Rückfallkausalität bei echtzeitlich diagnostizierter HWS-Distorsion und Schulterkontusion und im Rückfall diagnostizierter Instabilität mit Wirbelgleiten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. April 2016, UV 2014/80). Entscheid vom 11. April 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den von der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers am 13. März 2013 gemeldeten Nackenschmerzen (Suva-act. 6) und seinem am 14. August 2008 erlittenen Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf die Beurteilung ihrer Kreisärztin Dr. F.\_\_\_\_ vom 17./18. März/2. April 2014 (Suva-act. 42) verneint.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die auch bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) geltende rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer in dessen Folge eingetretenen Gesundheitsschädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten oder 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 (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen, BGE 118 V 291 f. E. 3a). 2.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben 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, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die 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. Bei der hinsichtlich Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 4, 79). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 338 E. 1, BGE 118 V 289 f. E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen). 2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

### **E. 3**

3.1 Dr. F. \_\_\_ hält in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 17./18. März/2. April 2014 fest, dass 2008 keine ossären strukturellen Läsionen konventionell radiologisch nachgewiesen worden seien. Des weiteren würden keine medizinischen Dokumentationen über neurologische Defizite in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang nach dem Unfallereignis existieren. Über viereinhalb Jahre lägen keine weiteren medizinischen Dokumentationen über Brückensymptome oder weitere Behandlungen im Zusammenhang mit den geltend gemachten Nackenbeschwerden vor. Aufgrund dieser Sachlage sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den aktuell geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Allenfalls durch eine traumatische segmentale zervikale Instabilität in Zusammenhang mit dem Unfallereignis aufgetretene Beschwerden wären in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang aufgetreten und hätten eine immediate ausführliche Abklärung und Therapie ausgelöst (Suva-act. 42).

3.2 Der Umstand, dass Dr. F. \_\_\_ ihre Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert ihrer Beurteilung nicht entgegen (PVG 1996, 267 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Die Kreisärztin legt die Anamnese („aktenmässiger Verlauf“) bzw. die Ergebnisse der von den behandelnden Ärzten durchgeführten Untersuchungen lückenlos dar. Im Weiteren beziehen sich ihre Ausführungen auf die im Rahmen der Beurteilung einer

Rückfallkausalität massgebenden Beurteilungskriterien (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 4 und 5), nämlich die ursprünglich gestellte Unfalldiagnose als massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden, die im Rahmen des Rückfalls erhobene Diagnose, die Ergebnisse der radiologischen Untersuchungen betreffend Vorliegen unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen (vgl. dazu BGE 134 V 121 f. E. 9, BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, BGE 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 82 f. E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen) sowie den zeitlichen Ablauf. 3.3 Die Schlussfolgerung von Dr. F.\_\_\_\_, der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 14. August 2008 und den aktuell geltend gemachten Beschwerden sei überwiegend wahrscheinlich möglich, ist tatsächlich unklar. So stellt sich die Frage, ob die Kreisärztin die Möglichkeit - entsprechend ihrer Formulierung „möglich“ - eben nur als möglich oder vielleicht doch als überwiegend wahrscheinlich betrachtet. Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin stellte Dr. F.\_\_\_\_ am 16. Mai 2014 ihre Schlussfolgerung klar. Sie hielt unmissverständlich fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis gegeben sei (Suva-act. 47). Diese Formulierung stimmt mit dem im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Erwägung 1.3; vgl. weiter Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 43 N 46; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.) überein und würde bedeuten, dass der Kausalzusammenhang und damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gemäss Art. 6 UVG zu verneinen wären. Ob der kreisärztlichen Beurteilung gefolgt werden kann, gilt es nachfolgend materiell-rechtlich zu prüfen. Allein der Umstand, dass Dr. F.\_\_\_\_ ihre Schlussfolgerung nachträglich erläuterte, lässt den Beweiswert ihrer Beurteilung nicht anzweifeln. Bereits in ihrer ersten Beurteilung vom 18. September 2013 hatte sie eine Rückfallkausalität verneint (Suva-act. 30). Daraufhin hatte ihr die Beschwerdegegnerin am 9. Januar 2014 klar formuliert die entscheidende Frage gestellt („Bleibt es aufgrund der Aktenlage bei ihrem Entscheid vom 18. September 2013, dass kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 14.8.2008 und den aktuell geklagten Beschwerden des Versicherten besteht?“; Suva-act. 40). Es besteht keinerlei Veranlassung anzunehmen, dass Dr. F.\_\_\_\_ nicht bereits am 18. März/2. April 2014 exakt diese Frage beantworten wollte. Im Übrigen lassen ihre weiteren Ausführungen insgesamt keinen Zweifel offen, dass sie die fragliche Kausalität nicht als gegeben betrachtete. Der Beweiswert der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ ist also allein mit der obgenannten unklaren Formulierung nicht in Frage gestellt.

#### **E. 4**

4.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, Computertomographie, MRI) bestätigt werden (BGE 134 V 121 E. 9; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 82 f. E. 5.4 mit Hinweisen [U479/05]). 4.2 Als Befunde der MRI-Untersuchung der HWS vom 25. Februar 2013 benannte Dr. E.\_\_\_\_ im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 26. Februar 2013 eine mässiggradige

Kyphosefehlhaltung der HWS C2-C6 und eine leichtgradige Bandscheibendegeneration C4/C5 mit minimaler Protrusion ohne Nervenkompression. Ansonsten stellte sich das zerviko-vertebrospinale Kernspintomogramm normal dar. Der Nachweis einer morphologisch fassbaren eindeutigen Traumafolge wurde verneint (Suva-act. 25). Eine Kyphosefehlhaltung sowie Degenerationen im Bereich der Bandscheibe (Osteochondrose, Spondylose) konnten von Dr. E.\_\_\_\_ röntgenologisch am 5. April 2013 erhoben werden (Suva-act. 22). Dass es sich bei besagten Gesundheitsschäden nicht um solche, durch ein Trauma verursachte strukturelle Läsionen handelt, wird in den medizinischen Akten von keiner Seite in Frage gestellt und ist mit Blick auf die medizinische Literatur im Regelfall auch nicht anzunehmen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 490 ff., 811 ff., 848 ff.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 181 f. unter „Bandscheibendegeneration“, 1062 unter „Kyphose“, 1379 unter „Osteochondrosis“, 1737 unter „Spondylopathie“, 1738 unter „Spondylose“; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 232 unter „Bandscheibenschaden“ und „Bandscheibenvorfall“, 1164 f. unter „Kyphose“, 1557 unter „Osteochondrose“, 2000 unter „Spondylosis deformans“; RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68, S. 17).

#### **E. 4.3**

4.3.1 Auf den Röntgenaufnahmen der HWS vom 5. April 2013 stellte sich für Dr. E.\_\_\_\_ eine leichtgradige Hypermobilität C2/C3 mit grenzwertiger Pseudoventrolisthesis in Neutralstellung und Inklination und bei erhaltenem Alignment in Reklination dar, wobei er deren Krankheitswert offensichtlich als fraglich erachtete (Suva-act. 22). Auch Prof. Dr. D.\_\_\_\_ stellte laut seinem Bericht vom 8. April 2013 auf den Röntgenaufnahmen in Neutralstellung eine Retrolisthese C3 gegenüber von C2 um ungefähr 2-3 mm und eine Verstärkung derselben um etwa 1 mm in Anteflexion und Ausgleich in Retroflexion fest. Er erläuterte, dass das Segment C2/3 also leichtgradig instabil sei, was mit der Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers korreliere (Suva-act. 24). Bei der Indikation einer zervikalen Instabilität C2/3 führte Prof. Dr. D.\_\_\_\_ am 24. Juni 2013 eine diagnostische therapeutische Blockade des Facettengelenks C2/3 beidseits durch und erhob gestützt darauf die besagte Instabilität zur Diagnose (Suva-act. 26).

4.3.2 Die Beschwerdegegnerin stellt in der Beschwerdeantwort vom 12. November 2014 (act. G 3) angesichts eines im Rahmen der MRI-Untersuchung fehlenden Nachweises einer morphologisch fassbaren eindeutigen Traumafolge das Bestehen einer Pseudoventrolisthesis bzw. Retrolisthese und damit einer zervikalen Instabilität grundsätzlich in Frage und verweist dazu auf zwei Bundesgerichtsurteile (S. 4). Entgegen dieser Auffassung darf jedoch vorliegend ein organisches Substrat grundsätzlich als ausgewiesen betrachtet werden. Insbesondere laut Beurteilung des radiologischen Facharztes Dr. E.\_\_\_\_ kam die Pseudoventrolisthesis bzw. Retrolisthese radiologisch zur Darstellung. Die Erklärung von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. März 2013 (Suva-act. 32) - in der MRI-Untersuchung sehe man naturgemäss die Retrolisthese nicht, weil der Patient bei dieser Untersuchung auf dem Rücken liege - erscheint zudem schlüssig und nachvollziehbar. Selbst Dr. F.\_\_\_\_ bezweifelt in ihrer Beurteilung eine zervikale segmentale Instabilität nicht ausdrücklich (Suva-act. 42). Die von der Beschwerdegegnerin angeführten Bundesgerichtsurteile vom 17. September 2008, 8C\_9/2008, und vom 26. Mai 2008, 8C\_1527/2007, vermögen die Pseudoventrolisthesis bzw. Retrolisthese als objektivierte organische Substrate und damit die zervikale Instabilität C2/3 nicht in Frage

zu stellen. Die Erwägungen des Bundesgerichts (E. 2 bzw. 5) beziehen sich auf die Objektivierung von Unfallfolgen eines Schleudertraumas bzw. schleudertraumaähnlicher Verletzungen, welche im Regelfall radiologisch nicht anhand eines pathologischen bzw. organischen Befundes nachweisbar sind. Anders scheint dies bei der Pseudoventrolisthese bzw. Retrolisthese zu sein (vgl. dazu auch Debrunner, a.a.O., S. 852 f.; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 192; Pschyrembel, a.a.O., S. 2000 zu „Spondylolisthesis“). 4.3.3 Ein Wirbelgleiten bzw. eine Instabilität entsteht vorrangig im Rahmen eines degenerativen Prozesses, vermag aber - wenn auch selten - als unfallkausaler Gesundheitsschaden sekundär, d.h. als Folge einer primären Verletzung (insbesondere einer Wirbelfraktur) aufzutreten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 843; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 191; Pschyrembel, a.a.O., S. 2000 zu „Spondylolisthesis“ und „Spondylolyse“). Prof. Dr. D.\_\_\_\_ stellte sich in seinem Bericht vom 25. März 2013 auf den Standpunkt, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers mit der Retrolisthese C2/3, die sicher traumatischer Genese sei, in Zusammenhang stehen dürften (Suva-ct. 23). Die zervikale segmentale Instabilität als Schmerzursache wird von Dr. F.\_\_\_\_ bestätigt (vgl. Suva-act. 42/3). Nachfolgend zu entscheiden ist hingegen, von welcher Kausalität hinsichtlich dem Wirbelgleiten bzw. der Instabilität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

## **E. 5**

5.1 Wie von Dr. F.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung diskutiert, bilden die beim Unfall erlittene Verletzung, d.h. die Unfalldiagnose, aber auch die Rückfalldiagnose massgebende Kriterien für die Beurteilung des Vorliegens traumatischer Folgeschäden. Laut Arztzeugnis UVG von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2008 zog sich der Beschwerdeführer ursprünglich beim Unfall vom 14. August 2008 eine HWS-Distorsion sowie eine Schultergürtelkontusion zu (Suva-act. 3). Es entspricht der medizinischen Erfahrung, dass Prellungen (Kontusionen), Verstauchungen oder Zerrungen (Distorsionen) ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (Debrunner, a.a.O., S. 412). Dieser medizinische Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.6; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2, 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Im vorliegenden Fall liegen keine Hinweise für einen Ausnahmefall vor. Dr. C.\_\_\_\_ konnte die ärztliche Behandlung des Beschwerdeführers bereits am 27. August 2008 abschliessen und der Beschwerdeführer konnte seine Arbeit als Monteur bei der B.\_\_\_\_ AG am 1. September 2008 wieder aufnehmen (vgl. Suva-act. 3 ff.). Die initial am 20. August 2008 durchgeführte Röntgenuntersuchung der HWS hatte lediglich eine Streckhaltung, jedoch keine Anhaltspunkte für eine traumatische ossäre Läsion ergeben (Suva-act. 9, 42/1). Die Hypermobilität C2/3 mit dem Wirbelgleiten ist erstmals im Rahmen des Rückfalls bzw. im Bericht über die Röntgenuntersuchung vom 5. April 2013 dokumentiert (Suva-act. 22). Eine Instabilität mit Wirbelgleiten tritt, wie gesagt, nur selten als sekundäre Begleiterscheinung einer primären Unfallverletzung auf (vgl. Erwägung 4.3.3). Fehlt es - wie im konkreten Fall - an einer primären Unfallverletzung, vermag auch die Instabilität mit Wirbelgleiten nicht als unfallkausal zu gelten, zumal ihre Existenz im Regelfall unfallfremd

ist und der fragliche Gesundheitsschaden hauptsächlich im Rahmen eines Degenerationsprozesses auftritt (vgl. Erwägung 4.3.2). Ergänzt wird im konkreten Fall ein unfallfremder Sachverhalt durch die beim Beschwerdeführer erhobene Kyphose (vgl. Erwägung 4.2; vgl. Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1737 unter „Spondylolisthesis“; Debrunner, a.a.O., S. 817). Entsprechend dem Gesagten haben sowohl Dr. E.\_\_\_\_ als auch Prof. Dr. D.\_\_\_\_ eine Pseudoventrolisthese bzw. Retrolisthese festgehalten, welche im Gegensatz zur Spondylolyse ausdrücklich als Wirbelverschiebungen degenerativer Art gelten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 847). Wie von Dr. F.\_\_\_\_ überzeugend und schlüssig erklärt, ist anzunehmen, dass bei einer traumatischen segmentalen zervikalen Instabilität in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis Beschwerden aufgetreten wären, die eine immediate ausführliche Abklärung und Therapie ausgelöst hätten. Hätte der Beschwerdeführer beim Unfall vom 14. August 2008 eine Wirbelverletzung erlitten, wäre es kaum nach nur rund zehn Tagen zu einem Behandlungsabschluss und der Wiederaufnahme der Arbeit gekommen. Der Frage, ob die auf den Nacken und die Schulter des Beschwerdeführers gewirkte Kraft durch eine Markise von ca. 250 kg oder nur rund 150 kg Gewicht erfolgt ist, kommt angesichts des Gesagten keine Bedeutung zu. Ohnehin gingen die Ärzte in ihren Berichten bzw. Beurteilungen genauso wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid - wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gefordert - von einem Gewicht von ca. 200 - 250 kg aus (vgl. Suva-act. 9, 13/3, 15, 42/3, 50/5). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Rückfalldiagnose einer Instabilität mit Wirbelgleiten nicht als überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfallereignisses vom 14. August 2008 betrachtet werden kann.

5.2 Die Aussage von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. März 2013 (Suva-act. 15), die Retrolisthese C2/3 sei sicher traumatischer Genese, überzeugt angesichts des Gesagten nicht. Ausserdem ist nicht nachvollziehbar, wie er zu dieser Beurteilung kommt. Allein mit der Diagnose einer segmentalen Instabilität C2/3 bei Zustand nach Traumatisierung der HWS 2008 (Suva-act. 15) wird einzig eine zeitliche Einordnung - die segmentale Instabilität C2/3 trat nach der Traumatisierung der HWS auf - vorgenommen. Der zeitliche Aspekt besitzt jedoch 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 (Kieser, a.a.O., Art. 4 N 69; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205 [= Beweisführung nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 54, E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). In demselben Sinne vermag auch der auf einer Aussage des Beschwerdeführers basierende anamnestische Sprechstundeneintrag vom 22. März 2013 von Prof. Dr. D.\_\_\_\_, die Nackenbeschwerden bestünden seit dem Unfall und vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer nie irgendwelche Probleme mit der HWS gehabt, keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Instabilität nachzuweisen (Suva-act. 13; vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 5.3).

5.3 Im konkreten Fall bildet schliesslich auch die Komponente des zeitlichen Ablaufs ein bedeutendes Indiz für eine unfallfremde Instabilität mit Wirbelgleiten. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Dr. F.\_\_\_\_ weist zutreffend darauf hin, dass im vorliegenden Fall von einem über vier Jahre dauernden Intervall zwischen dem Unfallereignis (14. August

2008) und der Rückfallmeldung (13. März 2013) bzw. der Diagnose Instabilität mit Wirbelgleiten (5. April 2013) ohne aktenmässig dokumentierte Behandlung oder Kontrolle und mit durchgehender Arbeitsfähigkeit als Monteur auszugehen ist. Die vom Beschwerdeführer gegenüber Prof. Dr. D. \_\_\_ am 22. März 2013 (Suva-act. 13/3) und gegenüber der Beschwerdegegnerin anlässlich der Besprechung vom 13. August 2013 (Suva-act. 28) geschilderten Brückensymptome bzw. seit dem Unfall bestehenden Schmerzen sind nicht nachgewiesen (vgl. dazu Suva-act. 5, 8, 13, 16 und insbesondere auch Suva-act. 41). Die Folgen dieser Beweislosigkeit wirken sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus (vgl. Erwägung 1.3). Ohne dokumentierte Brückensymptome lässt die mehrjährige Latenzzeit eine Rückfallkausalität als unwahrscheinlich erscheinen, zumal die Entstehung einer unfallfremden Instabilität mit Wirbelgleiten über den fraglichen Zeitraum ohne weiteres möglich ist. Die Beschwerdegegnerin hält in der Duplik vom 19. Februar 2015 (act. G 9) zutreffend fest, dass auch die mit der Replik vom 23. Januar 2015 (act. G 7) neu aufgelegten Rechnungen von G. \_\_\_ vom 30. Juni, 31. August und 31. Oktober 2012 für durchgeführte Rückenmassagen (act. G 7.1-7.3) keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nachzuweisen vermögen. Sie stellen grundsätzlich keine ärztlichen Beurteilungen dar. Zudem ist die Ursächlichkeit der auf den Rechnungen vermerkten Diagnose „Verspannungen der Rückenmuskulatur und Schmerzen/Verspannungen im Nackenbereich“ nicht näher bestimmt. Die Ursachen von Rückenverspannungen sind mannigfaltig. Im Übrigen würde auch ein Zusammenhang der ab Mai 2012 durch G. \_\_\_ behandelten Rückenverspannungen mit der Instabilität C2/3 am zeitlichen Ablauf nicht massgeblich etwas ändern. Die Beurteilung ihrer Kausalität würde sich bei einer Latenzzeit von mehr als drei Jahren gleich darstellen. 5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit der radiologisch erhobenen Instabilität mit Wirbelgleiten kein überwiegend wahrscheinlich natürlich unfallkausaler Gesundheitsschaden nachgewiesen ist.

## **E. 6**

6.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleudertraumaverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS und Schädelhirntraumen (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art, unter anderem Nackenbeschwerden, 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 E. 5d/aa). Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma 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 und 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 (BGE 117 V 360 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 382 E. 4b). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS

manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 5. Januar 2009, 8C\_413/2008, E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen, und vom 15. März 2007, U 258/06, E. 4.3; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen des Schleudertraumas oder der HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen. 6.2 Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte zwar beim Beschwerdeführer anlässlich seiner Erstbehandlung vom 15. August 2008 eine HWS-Distorsion und damit eine schleudertraumaähnliche Verletzung (Suva-act. 3). Weder innerhalb einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden noch später, im Rahmen des Rückfalls, wurden jedoch beim Beschwerdeführer neben Nackenbeschwerden weitere schleudertraumatypischen Beschwerden erhoben oder von ihm geltend gemacht (vgl. insbesondere Suva-act. 27, vgl. auch Suva-act. 3, 13, 15, 28). Damit kann sicher nicht von einer Häufung von Beschwerden, sondern nur von einem äusserst begrenzten Beschwerdebild gesprochen werden. Zusammenfassend ist mithin in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass keine Hinweise für eine durch den Unfall vom 14. August 2008 überwiegend wahrscheinlich verursachte schleudertraumaähnliche Verletzung vorliegen, schon gar nicht für eine solche mit Langzeitfolgen. Diese Schlussfolgerung wird insbesondere auch durch den Umstand der über vier Jahre andauernden, behandlungsfreien Zeit mit voller Arbeitsfähigkeit bekräftigt.

#### **E. 7**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde nach Prüfung sämtlicher in Betracht kommender Kausalitätsbegründungen abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung ist bei diesem Verfahrensausgang nicht geschuldet. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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