

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00015

vom 12. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00015 du 12 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00015 del 12 giugno 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst anderem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom

3.2. In seinem Überweisungsschreiben an Dr. med. B. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. November 2009 hielt Dr. med. C. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, unter Hinweis auf den vorgenannten Befundbericht (vgl. E. 3.1 hiervor) fest, der Beschwerdeführer leide an einer grossen, nach caudal reichenden und kompromittierenden Diskushernie L5/S1 links und verzeichne eine leichte Fussheberparese sowie Kribbelparästhesien, wobei Physiotherapie und nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) kaum eine Besserung gebracht hätten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Maler seit zirka fünf Wochen mit Beginn nach dem Treppensturz (Urk. 9/19/5 = Urk. 9/18/6; vgl. auch undatiertes Überweisungsschreiben an die Universitätsklinik D. __ [Urk. 9/19/6 = 9/18/7], worin Dr. C. __ den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Oktober 2009 festlegte).

3.3. Im Arztzeugnis UVG vom 19. Januar 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin bekundete Dr. C. ____, den Beschwerdeführer am Unfalltag erstmals in seiner Sprechstunde behandelt zu haben. Gemäss eigenen Angaben habe dieser, als er auf einer Treppe gerutscht sei, ein Verhebetrauma erlitten. Dr. C. __ nannte als Diagnose eine radikuläre Lumbalgie mit Diskushernie L5/S1 und setzte bei der Beantwortung der Frage, ob ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen, ein Fragezeichen. In der Behandlung kämen Physiotherapie, NSAR und Infiltrationen zum Einsatz, wobei der Abschluss der Behandlung noch offen sei. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 20. November 2009 (Urk. 9/4; vgl. auch den Unfallschein UVG zuhanden der Beschwerdegegnerin, worin Dr. C. __ im Nachgang zur Konsultation vom 6. Januar 2010 ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 20. November 2009 bescheinigt hatte [Urk. 9/2]).

3.4. Dr. B. __ erklärte in seinem Schreiben vom 4. Februar 2010 an Dr. C. ____, im Falle des Beschwerdeführers liege eine ausgeprägte und grosse Diskushernie vor, deren Symptome auf Grund des Unfalls aufgetreten seien. Der Beschwerdeführer sei in Bezug auf die geplante Nervenwurzelinfiltration verunsichert gewesen und habe kundgegeben, sich möglicherweise noch anderswo beraten respektive behandeln zu lassen (Urk. 9/8 = Urk. 9/18/8 = Urk. 9/19/7).

In der Folge bestätigte Dr. C. __ am 23. Februar 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe eine nach caudal reichende und die Nervenwurzel S1 links komprimierende Diskushernie, wobei das Leiden durch den Unfall vom 19. Oktober 2009 ausgelöst worden sei (Urk. 9/7).

3.5. Anlässlich der Besprechung vom 27. Juli 2010 erklärte der Beschwerdeführer bezüglich des Ereignishergangs, er habe am 19. Oktober 2009 einen zirka 22 Kilogramm schweren Farbkäbel auf der linken Schulter getragen, als er auf der dritten oder vierten Stufe einer plastikbedeckten, rund 80 Zentimeter breiten Holzterrasse mit dem linken Fuss weggerutscht und rückwärts auf die Terrasse gefallen sei, da er sich rechtsseitig nicht am Handlauf habe festhalten können. Er habe mit dem Rücken im Kreuzbereich auf einer Stufenkante aufgeschlagen und dort sofort Schmerzen verspürt. Zusätzlich habe er auf Schulterhöhe den ganzen Rücken an einer Stufenkante angeschlagen und sofort leichte Schmerzen in der ganzen Rückenbreite erfahren. Ein Kopfanprall sei nicht erfolgt. Nachdem er selber aufgestanden sei, habe er mit dem Auto Dr. C. __ aufgesucht, welcher ihm Schmerztabletten abgegeben habe. Alsdann sei er zu Fuss rund 200 Meter nach Hause gegangen. Betreffend den Verlauf bekundete der

Beschwerdeführer, die Kreuzschmerzen hätten etwas nachgelassen, sie seien jedoch dauernd zu spüren. Die Schmerzen auf Schulterhöhe würden nach der Therapie jeweils etwas abklingen und anschliessend wieder zunehmen. Zudem habe er seit dem Unfall Kopfschmerzen, obschon er den Kopf beim Unfall nicht angeschlagen habe. Ebenfalls seit dem Ereignis verzeichne er Schmerzen im linken Unterschenkel sowie eine Gefühlslosigkeit in der Fusssohle und im linken Unterschenkel, wobei dies laut den Ärzten vom Rücken herrühre. Da er seit dem Unfall vieles vergesse, beabsichtige er, einen Psychiater aufzusuchen. Befragt zum Gesundheitszustand vor dem Unfallereignis führte der Beschwerdeführer aus, vor dem Unfall manchmal bei einem Wetterwechsel Kopfschmerzen verspürt zu haben; eine ärztliche Behandlung habe jedoch nicht stattgefunden. Nacken- und Schulterschmerzen habe er nie gehabt. Ein- oder zweimal sei ein Hexenschuss mittels Spritze behandelt worden, worauf er nach ein paar Tagen jeweils wieder beschwerdefrei gewesen sei. Letztmals sei er vor rund acht Jahren in ärztlicher Behandlung gewesen (Urk. 9/26).

3.6. Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 30. Juli 2010 (Urk. 9/28) berichtete Dr. med. E. ____, Facharzt für Neurochirurgie, Oberarzt Universitätsklinik D. ____, am 2. August 2010, er habe den Beschwerdeführer am 16. Februar und 2. März 2010 in der Wirbelsäulensprechstunde zur Abklärung einer Operationsindikation untersucht. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer angegeben, vor zirka fünf bis sechs Jahren einen Hexenschuss erlitten zu haben, welcher sich vollständig zurückgebildet habe. Im Oktober 2009 habe er während der Arbeit einen schweren Kessel getragen, worauf es anschliessend zunehmend zu Kreuzschmerzen mit geringer Ausstrahlung auch in das linke Bein rückenseitig bis zur Fusssohle gekommen sei. Unter Physiotherapie sei es zu einer leichten Besserung der Symptomatik gekommen. Im Vordergrund ständen gegenwärtig belastungs- und bewegungsabhängige Kreuzschmerzen und geringe ausstrahlende Schmerzen mit Kältemissempfindungen und Gefühlsstörungen an der Fusssohle links. Dr. E. ____, erhob als Befund ein ausreichend flüssiges Gangbild und einen beidseits möglichen Fersen- und Zehengang. Die Angabe einer Lumboischialgie links entspreche am ehesten dem Dermatome S1 links mit Parästhesien am distalen Dermatome, ansonsten beständen keine sicheren sensomotorischen Defizite. Die LWS in Reklination/Inklination führe zu einer deutlichen Zunahme der Kreuzschmerzen. Es bestehe ein Schulter- und Beckengradstand, und die Wirbelsäule sei im Lot. Der Lasègue-Test sei linksseitig angedeutet positiv. Der Patellasehnenreflex (PSR) sei links auslösbar und rechts erloschen, während der Achillessehnenreflex (ASR) beidseits nicht auslösbar sei. Dr. E. ____, beurteilte, bei fehlenden wesentlichen neurologischen Defiziten bestehe keine absolute Operationsindikation. Die radikuläre Symptomatik stehe nicht im Vordergrund, den Beschwerdeführer störten vor allem die Kreuzschmerzen, welche indes multifaktorieller Natur seien könnten. Es könne unter konservativer Therapie mehrere Monate dauern, bis sich die sensiblen Ausfälle zurückbildeten. Für eine komplette Rückbildung gebe es jedoch keine Sicherheit, auch eine Operation könne dies nicht garantieren. Der Beschwerdeführer wolle zunächst die Physiotherapie fortsetzen und werde sich bei Bedarf melden (Urk. 9/29 und Urk. 9/30).

3.7. Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. F. ____, Facharzt für Chirurgie, führte in seiner Kausalitätsbeurteilung vom 11. August 2010 aus, die Rückenschmerzen im LWS-Bereich seien ebenso wie die Schmerzen und die Gefühlslosigkeit im linken

Unterschenkel mÄ¶glicherweise wÄ¶hrend einigen Tagen bis vier Wochen auf das Unfallereignis vom 19. Oktober 2009 zurÄ¶ckzufÄ¶hren. Die im ersten Arztzeugnis nicht erwÄ¶hnten RÄ¶ckenschmerzen auf SchulterhÄ¶he stÄ¶nden mÄ¶glicherweise wÄ¶hrend einigen Tagen in einem Zusammenhang zum Unfall, wogegen ein solcher bezÄ¶glich der Kopfschmerzen zu verneinen sei (Urk. 9/31).

3.8Ä¶Ä¶Ä¶ Am 13. September 2010 nahm der SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. G.____, Facharzt fÄ¶r OrthopÄ¶dische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Nach Zusammenfassung der relevanten Akten fÄ¶hrte er als Beurteilung aus, ein von Dr. C.____ bestelltes Kernspintomogramm der LWS habe eine grosse Diskushernie L5/S1 links mit Kompression der Nervenwurzel S1 bei degenerierter Bandscheibe L5/S1 und weniger ausgeprÄ¶gt L4/5 ergeben. Kennzeichnend fÄ¶r das degenerative Bandscheibenleiden seien Signalanhebungen in T2- und T1-Gewichtung endplattennah in den Segmenten L4/5 und L5/S1. Dieser kernspintomographische Befund habe den zuweisenden Arzt Dr. C.____ veranlasst, den BeschwerdefÄ¶hrer arbeitsunfÄ¶hig zu schreiben. Zudem seien der orthopÄ¶dische Chirurg Dr. B.____ und der WirbelsÄ¶ulenchirurg Dr. E.____ an der UniversitÄ¶tsklinik D.____ zur Beurteilung und Behandlung zugezogen worden. Laut Angaben des BeschwerdefÄ¶hrers seien nach einem akuten Ereignis am 19. Oktober 2009 lumbale RÄ¶ckenschmerzen aufgetreten und bald einmal auch Beinschmerzen. Dr. C.____ habe zwar bestÄ¶tigt, dass der BeschwerdefÄ¶hrer ihn am gleichen Tag aufgesucht habe, allerdings sei erst nach der MRT vom 25. November 2009 klar geworden, dass dieser an einer Diskushernie leide. Im Arztzeugnis UVG vom 19. Januar 2010 sei zudem erst ab 20. November 2009, rund ein Monat nach dem Unfall, eine volle ArbeitsunfÄ¶higkeit attestiert worden. Den Angaben des Arbeitgebers sei dagegen zu entnehmen, dass der BeschwerdefÄ¶hrer unverzÄ¶glich zu 100 % und ab 9. November 2009 zu 50 % mit der Arbeit ausgesetzt habe. Das Ereignis sei vom BeschwerdefÄ¶hrer gegenÄ¶ber Dr. C.____ offenbar als Verhebetauma respektive gegenÄ¶ber Dr. E.____ als zunehmende Schmerzen beim Tragen eines schweren KÄ¶bels geschildert worden. Erst nachtrÄ¶gliche Erhebungen hÄ¶tten den Eindruck vermittelt, dass es zu einem Sturz gekommen sei, was auch den detaillierten Angaben des BeschwerdefÄ¶hrers vom 27. Juli 2010 entspreche.

Ä¶Ä¶Ä¶Ä¶Ä¶Ä¶ Dr. G.____ konstatierte, dass die vorliegenden Akten somit widersprÄ¶chliche Daten zum Beginn der RÄ¶cken- und Beinschmerzen lieferten. Dies betreffe das Hergangsszenario beim Ereignis, die anschliessend einsetzende Symptomatik und auch die Befunde. Allerdings sei dies nicht Ä¶berraschend, da degenerative BandscheibenverÄ¶nderungen - und in diesem Zusammenhang auch eine Diskushernie - sich ohne besondere Vorkommnisse oder bei verschiedensten Gelegenheitsursachen bemerkbar machen kÄ¶nnten. Ausgesprochen typisch seien Angaben von arbeitstÄ¶tigen Betroffenen, wonach die Symptome beim Heben oder Manipulieren von Lasten bei der Arbeit erstmals aufgetreten seien. Auch banale StÄ¶rze oder verschiedenartige Verdrehmechanismen des Rumpfes bei der Arbeit wÄ¶rden von kÄ¶rperlich arbeitstÄ¶tigen Personen hÄ¶ufig genannt. Dies hÄ¶tten Erhebungen zu akut einsetzenden Lumbalgien und Ischialgien gezeigt. Besonders typisch und kennzeichnend fÄ¶r das AuslÄ¶sen von ischialgieformen Schmerzen bei einer Diskushernie sei das Anheben einer Last in gebÄ¶ckter Stellung, wofÄ¶r in der deutschen Sprache mit dem Ä¶VerhebetaumaÄ¶ eigens ein Ausdruck geprÄ¶gt worden sei. Insofern sei es nicht verwunderlich, dass Dr. C.____ den ihm geschilderten Hergang am 19. Januar 2010 als

Verhebrauma auf der Treppe eingestuft respektive verstanden habe. Für die Patienten besonders eindrücklich seien andererseits Ereignisse, bei welchen der Rücken direkt betroffen sei, zum Beispiel durch Aufschlagen an einer Treppenkante oder durch das Auftreffen eines Brettes in der Kreuzgegend. Solche Mechanismen seien kaum geeignet, eine Bandscheibe zu schädigen, jedoch naheliegende Gründe, um am Ort des Aufpralles sofort Weh zu bekommen.

Es werde somit verständlich, dass der Beginn der Symptomatik von den Ärzten nicht einheitlich wahrgenommen worden sei, namentlich nicht in einem traumatischen Kontext. Während den Betroffenen oft sehr genau (manchmal auf die Sekunde) bekannt sei, wann respektive bei welcher Verrichtung das erste Symptom aufgetreten sei, so wussten die Ärzte, dass es sich dabei in der Regel um eine mehr oder weniger zufällige Begebenheit in einem schon lange bestehenden und sich langsam fortentwickelnden Vorgang (Bandscheibendegeneration) handle.

Ausgehend davon, dass nach dem Unfallereignis vom 19. Oktober 2009 lumbale Rückenschmerzen aufgetreten seien, welche zum Arztgang veranlasst hätten, sei von einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Rückenbeschwerden auszugehen. Anlass für weitergehende Abklärungen habe Dr. C. gemäss seinen Angaben im Arzzeugnis UVG vom 19. Januar 2010 erst etwa einen Monat später gesehen, nachdem er offensichtlich wegen einer neuen oder verstärkten Symptomatik ab 20. November 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Insofern sei die Beurteilung des SUVA-Kreisarztes Dr. F. vom 11. August 2010, die dem Ereignis zuzuschreibende Schädigung und/oder Auswirkung habe maximal vier Wochen andauert, plausibel (Urk. 9/34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikulares Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil U 2/03 vom 28. Juli 2005 E. 4.1 mit Hinweisen). Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden. Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gilt dasselbe, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn

der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil U 163/05 vom 3. Oktober 2005 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2.2.2 Das vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallereignis vom 19. Oktober 2009, anlässlich welchem er auf einer plastikbedeckten Holzterrasse ausgerutscht und mit dem Rücken an den Treppenstufen aufgeprallt sei, offenbar ohne äussere Verletzungen zu erleiden, war nicht von besonderer Schwere und insofern grundsätzlich nicht geeignet, eine gesunde Bandscheibe zu schädigen. Dies gilt umso mehr, als gemäss dem beschriebenen Unfallhergang die Wirbelsäule des Beschwerdeführers nicht einer axialen Belastung ausgesetzt war. Bereits aus diesem Grund ist im Lichte der dargelegten Rechtsprechung (vgl. E. 4.1 hiervor) mit der Beschwerdegegnerin nicht von einer durch den Unfall verursachten Diskushernie oder einer durch diesen hervorgerufenen signifikanten und dauernden Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule auszugehen. Damit korrespondiert, dass trotz sofortigem Arztbesuch erst am 25. November 2009 eine bildgebende Abklärung (MRT) durchgeführt worden war (Urk. 9/6), was darauf schliessen lässt, dass die Symptome einer Diskushernie nicht unverzüglich im Anschluss an den Unfall aufgetreten sind. Alsdann ergibt sich aus den aktenkundigen Arbeitsrapporten (Urk. 14/2), dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Maler vom 9. November 2009 bis zum Ende des auf den 19. November 2009 befristeten Arbeitsverhältnisses wieder während 4.5 bis 5 Stunden täglich ausgeübt hat. Dies steht im Einklang mit der Angabe der Arbeitgeberin in der Schadenmeldung UVG vom 11. Dezember 2009, wonach der Beschwerdeführer die Arbeit am 9. November 2009 wieder zu 50 % aufgenommen habe (Urk. 9/1). Dass es sich dabei wie beschwerdeweise erstmals geltend gemacht lediglich um einen Arbeitsversuch mit Verrichtung körperlich nicht belastender Hilfstätigkeiten gehandelt haben soll, ist durch die Akten nicht weiter belegt. Befragt zur Arbeitsfähigkeit verwies der Beschwerdeführer am 7. Januar 2010 vielmehr auf die ärztlichen Eintragungen auf dem Unfallschein UVG (Urk. 9/3). Dr. C. ___ bescheinigte darauf (Urk. 9/2) wie auch im Arzzeugnis UVG vom 19. Januar 2010 (Urk. 9/4) zuhanden der Beschwerdegegnerin übereinstimmend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % mit Gültigkeit ab 20. November 2009. Soweit der Beschwerdeführer mit dem Hinweis auf die divergierenden hausärztlichen Angaben in den Überweisungsschreiben an Dr. B. ___ (Urk. 9/18/6 = Urk. 9/19/5) und die Universitätsklinik D. ___ (Urk. 9/18/7 = Urk. 9/19/6) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt des Unfallereignisses belegt haben will, lässt sich dies nicht mit der übrigen Aktenlage vereinbaren und vermag er daher nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Anzumerken bleibt, dass die Verneinung einer unfallbedingten Diskushernie respektive einer richtunggebenden Verschlimmerung durch die Einschätzungen der Dres. B. ___ und C. ___ nicht in Zweifel gezogen wird. Diese bekundeten in ihrer Berichterstattung lediglich, die Symptome seien auf Grund des Unfalls aufgetreten respektive das Leiden sei durch diesen ausgelöst worden (vgl. E. 3.4 hiervor), was von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt wurde. Sodann ist festzuhalten, dass den im Spital H. ___ angefertigten Röntgenaufnahmen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie des Beckens, welche dem Versicherungsmediziner Dr. G. ___ zufolge bezüglich der LWS unauffällig seien und namentlich keine Hinweise auf ein degeneratives Bandscheibenleiden zeigten (Urk. 9/34 S. 3 unten), entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, welcher damit einen blanden Vorzustand zur Zeit des Unfalls belegt haben will (Urk. 1 S. 6, Urk. 13 S. 3), keine entscheidungswesentliche Bedeutung zukommen kann, da sie vom Sommer 1999 datieren und somit in Bezug auf den 19.

folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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