

**VBE.2022.39 / mw / BR**

Art. 64

**Urteil vom 23. Juni 2022**

Besetzung

Oberrichterin Peterhans, Präsidentin  
Oberrichterin Schircks Denzler  
Oberrichterin Gössi  
Gerichtsschreiberin Wirth

Beschwerde-  
führer

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Mark A. Glavas, Rechtsanwalt,  
c/o Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen

Beschwerde-  
gegnerin

**AXA Versicherungen AG**, Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40,  
Postfach, 8401 Winterthur

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
(Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

#### **1.1.**

Am 12. Januar 2019 verletzte sich der Beschwerdeführer am Hals bzw. an der Halswirbelsäule (HWS), als er während eines Fussballspiels stürzte und ein Gegenspieler mit seinem Körper (Bauch/Beckenregion) gegen den Kopf des Beschwerdeführers stiess. Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit diesem Unfall und richtete Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlungskosten aus. Nachdem der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin telefonisch mitgeteilt hatte, dass er ab dem 15. August 2019 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig sei, schloss diese den Fall formlos ab.

#### **1.2.**

Mit Schadenmeldung UVG vom 1. April 2020 meldete der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin einen Rückfall zum Unfall vom 12. Januar 2019 per 21. Februar 2020. Die Beschwerdegegnerin übernahm daraufhin formlos die Kosten für "drei Sitzungen beim Chiropraktiker".

#### **1.3.**

Am 2. Dezember 2020 machte der Beschwerdeführer telefonisch erneut einen Rückfall zum Unfall vom 12. Januar 2019 geltend und reichte Arztberichte ein. Mit Verfügung vom 30. März 2021 verneinte die Beschwerdegegnerin nach Konsultation ihres beratenden Arztes ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem gemeldeten Rückfall. Die gegen die Verfügung vom 30. März 2021 erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin nach erneuter Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021 ab.

### **2.**

#### **2.1.**

Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 31. Januar 2022 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

##### **"1.**

Es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021 aufzuheben und die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer Begutachtung) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

##### **2.**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 4. März 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021 ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit einem im Dezember 2020 gemeldeten Rückfall zum Unfall vom 12. Januar 2019 zu Recht verneint hat (Vernehmlassungsbeilage [VB] A45).

### **2.**

#### **2.1.**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

#### **2.2.**

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 (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_80/2021 vom 7. Juli 2021 E. 2.2; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 55).

#### **2.3.**

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der

Invalidenversicherung durch das Institut der Neuankmeldung (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG) geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit frei steht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254). Der Unfallversicherer kann bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_85/2021 vom 23. Juli 2021 E. 3.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 78 f.).

### **3.**

#### **3.1.**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021 (VB A60) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen ihres beratenden Arztes, Dr. med. D., Facharzt für Neurologie, vom 26. Februar 2021 (VB M24) und vom 10. Dezember 2021 (VB M26).

#### **3.2.**

##### **3.2.1.**

In der Beurteilung vom 26. Februar 2021 führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin unter anderem aus, beim Fussballspiel sei es zu einer Verrenkung bzw. Überdehnung der HWS gekommen. Eine HWS-Distorsion sei zwar die korrekte Bezeichnung dafür. Es dürfe aber keine Verwirrung aufkommen durch den Umstand, dass auch bei Autounfällen HWS-Distorsionen aufträten. Der Unfallmechanismus beim Versicherten unterscheide sich deutlich von demjenigen eines "Schleudertraumas". Anfänglich habe ein Verdacht auf eine diskoligamentäre Verletzung bestanden,

d.h. eine Verletzung der Bandscheibe (Diskus) und/oder der Bänder (Ligamente). Eine solche diskoligamentäre Verletzung habe dann im Rahmen der Abklärungen am Universitätsspital C. ausgeschlossen werden können. Beim zu Beginn unklaren Befund habe es sich lediglich um eine Verknöcherung in einer Sehne gehandelt, also um eine degenerative Veränderung. Dass im Segment C5/6 eine degenerative Veränderung habe nachgewiesen werden können, sei nicht überraschend, da die Segmente C5/6 und C6/7 besonders häufig von degenerativen Veränderungen betroffen seien. Im Verlauf habe der behandelnde Orthopäde eine beidseitige Reizung der Nervenwurzel C6 diagnostiziert. Aus neurologischer Sicht könne diese Diagnose lediglich als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich angesehen werden. Die Symptome einer Schädigung der Nervenwurzel C6 seien Schmerzen, die bis in die Hand bzw. den Daumen ausstrahlten, oft verbunden mit sensiblen und motorischen Ausfällen sowie einer Abschwächung bestimmter Reflexe. Beim Versicherten seien die Schmerzen lokal im Nacken gewesen mit Ausstrahlung gegen die Schulterblätter und den Hinterkopf. Sensible oder motorische Ausfälle hätten nie bestanden und die Reflexe seien normal gewesen. Im HWS-MRI habe sich kein Korrelat gefunden; es habe keine Struktur nachgewiesen werden können, die zu einer Reizung oder Kompression der Nervenwurzeln führe. Die vorhandenen degenerativen Veränderungen seien nur gering ausgeprägt gewesen, wobei die linke Seite stärker betroffen gewesen sei als die rechte, was mit den Symptomen nicht korreliert habe, die rechts stärker gewesen seien als links. Schliesslich hätten die Beschwerden nicht auf eine Infiltration der Nervenwurzel reagiert. Der behandelnde Orthopäde habe die Infiltration zwar als erfolgreich bezeichnet, weil die Schmerzen eine Woche nach Durchführung langsam besser geworden seien. Bei der Infiltration würde ein Nutzen aber sofort (durch das darin enthaltene Lokalanästhetikum) respektive nach 2-3 Tagen (durch das darin enthaltene Cortison) erwartet. Viel besser würden die geklagten Beschwerden zu muskulär bedingten Nackenschmerzen passen, die in der Frühphase nach einem derartigen Unfall auch zu erwarten respektive "normal" seien. Im Verlauf von Monaten hätten sich die Symptome gebessert und die Behandlung habe im Sommer 2019 abgeschlossen werden können. Dies entspreche dem erwarteten Verlauf einer HWS-Distorsion ohne strukturelle Schädigung der HWS. Zu diesem Zeitpunkt sei der Endzustand erreicht gewesen. Der behandelnde Orthopäde führe die aktuell erneut aufgetretenen Nackenschmerzen wiederum auf eine beidseitige Reizung der Nervenwurzel C6 zurück. Im HWS-MRI habe sich eine leichte Zunahme der Veränderungen im Segment C5/6 gezeigt. Der behandelnde Orthopäde bezeichne diese Veränderung als traumatisch bedingte Diskushernie. Dieser Einschätzung könne nicht gefolgt werden: Bei den Veränderungen im Segment C5/6 handle es sich "sicher um degenerativ bedingte Veränderungen". Traumatisch bedingte Diskushernien gebe es zwar. Beschrieben seien sie aber bei Unfällen mit massiver Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule, zum Beispiel

Stürzen aus grosser Höhe oder Verkehrsunfällen mit hoher Geschwindigkeit. Regelmässig seien die traumatisch bedingten Diskushernien bei diesen Unfallmechanismen von anderen Verletzungen der Wirbelsäule begleitet wie Wirbelkörperfrakturen und Bandzerreissungen. Alle diese "Faktoren" hätten hier nicht vorgelegen. Einerseits sei die Gewalteinwirkung nicht massiv gewesen im soeben geschilderten Sinn. Andererseits hätten sicher keine Begleitverletzungen der Wirbelsäule bestanden. Eine Verletzung der Bandscheiben und Bänder habe ja in der explizit mit dieser Fragestellung durchgeführten Abklärung in der "Unfallchirurgie C." ausgeschlossen werden können. Für die degenerative Genese der radiologisch dokumentierten Veränderungen im Segment C5/6 spreche ferner "der Verlauf mit einer Zunahme der Veränderungen in einem Verlauf von nicht ganz zwei Jahren, ohne dass ein erneuter Unfall aufgetreten wäre" (VB M24 S. 5).

### **3.2.2.**

Der behandelnde Arzt, Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht vom 24. August 2021 unter anderem fest, der Beschwerdeführer habe am 12. Januar 2019 beim Fussballspielen ein "schweres Halswirbelsäulentrauma" erlitten. Dabei habe er sich ein "schweres HWS-Distorsions-trauma" zugezogen. Dieses Trauma sei "so schwer" gewesen, dass er habe hospitalisiert werden müssen. In der Folge habe der Patient "bis zum heutigen Tag" an "Zeichen einer Reizung der Nervenwurzeln C6 beidseits gelitten; "[i]nitial vor allem rechts, nun eher mehr links". In der MRI-Aufnahme zwei Jahre nach dem Unfall habe sich "pathoanatomisch eine Einengung des Neuroforamens C6, resp. der Nervenwurzel C6 links, durch eine Diskusprotrusion/-herniation" bestätigt. Eine Nervenwurzelinfiltration C6 links habe eine sofortige, jedoch nicht anhaltende Besserung der Beschwerden gebracht. Die Schmerzen hätten bis in den Arm ausgestrahlt, weshalb es "willkürlich" und nicht den klinischen Tatsachen entsprechend sei, nur von muskulären Verspannungen auszugehen "mit Schmerzen im entsprechenden Dermatom". Der Beschwerdeführer sei nie schmerzfrei gewesen seit dem Unfall, "insbesondere nicht im Jahr 2020". Der Patient habe ihm gesagt, dass die Beschwerden seit Januar 2021 (seit dem letzten MRI) "signifikant zurückgegangen" seien. Er schone sich aber "im Moment" körperlich weiterhin. Aufgrund des Verlaufes, insbesondere der MRI-Aufnahmen, könne "eindeutig bezeugt werden, dass dieser Patient seit Januar 2019 bis zum heutigen Tag" an einer Reizung der Nervenwurzel C6 leide, "in den letzten Monaten weniger als vorgängig". Im Jahr 2020 habe der Patient trotz den Schmerzen die Therapien gestoppt, weil ihn diese zu diesem Zeitpunkt "nicht weitergebracht" hätten. Die Beschwerden, die der Beschwerdeführer in den letzten 2 ½ Jahren gehabt habe, seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 12. Januar 2019 zurückzuführen. Damals habe er eine "schwere Halswirbelsäulenverletzung" erlitten, mit "wahrscheinlicher Diskushernie", welche die beiden Neuroforamen

C5/C6 eingeengt und die beschriebenen Schmerzen ausgelöst hätten (VB M25 S. 1 f.).

### **3.2.3.**

Der Bericht des behandelnden Orthopäden vom 24. August 2021 wurde dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin zur Stellungnahme vorgelegt. In seiner Aktenbeurteilung vom 10. Dezember 2021 führte dieser aus, im Abschnitt "Zwischenanamnese" würden Angaben des Versicherten dokumentiert, aber "offensichtlich auch Einschätzungen des Arztes", so dass nicht immer ganz deutlich werde, welche der dokumentierten Angaben vom Versicherten und welche vom Arzt stammten. Der behandelnde Orthopäde begründe nicht, weshalb er die von ihm als für die anhaltenden Beschwerden "verantwortlich angesehene" Diskushernie HWK5/6 als unfallbedingt einschätze. Anscheinend stütze er seine Einschätzung einerseits auf die von ihm postulierte Schwere der initialen Verletzung (was vor allem dadurch begründet werde, dass der Versicherte habe stationär behandelt werden müssen) und andererseits auf die seit dem Ereignis bestehenden Beschwerden. Dabei habe sich der behandelnde Orthopäde nicht mit der Aktenlage auseinandergesetzt; seine Einschätzung sei nicht unter Berücksichtigung der Vorakten erfolgt. Insbesondere "übergeh[e]" er, dass in der "universitären unfallchirurgischen Abklärung" unmittelbar nach dem Unfall eine unfallbedingte Bandscheibenverletzung explizit ausgeschlossen worden sei. Er lege nicht dar, aus welchem Grund er im Verlauf zu einer anderen Einschätzung gekommen sei. Ein solcher Grund sei auch nicht ersichtlich. Der Unfall könne aus medizinischer Sicht jedoch nicht als "schwer" bezeichnet werden, da er nicht zu einer strukturellen Schädigung des Körpers, insbesondere der HWS geführt habe. Die Hospitalisation sei nicht erfolgt, weil der Versicherte schwer verletzt gewesen wäre. Vielmehr sei der Versicherte am 12. Januar 2019 vom peripheren Spital ins Zentrumsptal verlegt worden, weil zunächst unklar gewesen sei, ob eine potentiell gefährliche HWS-Verletzung vorgelegen habe. Wenn der Verdacht auf Vorliegen einer instabilen HWS-Verletzung von den Ärzten der Unfallchirurgie C. geteilt worden wäre, hätten sie eine notfallmässige MRI-Untersuchung veranlassen müssen; diese sei aber erst am 14. Januar 2019 durchgeführt worden. Der Versicherte sei also hospitalisiert worden, um die Abklärung zeitnah, aber nicht notfallmässig durchzuführen. Nach dem MRI vom 14. Januar 2019 sei der Versicherte prompt am Folgetag entlassen worden. Eine schwere Verletzung sei dann ja explizit ausgeschlossen worden. Im Weiteren könne aus dem Umstand, dass die Beschwerden nach dem Unfall aufgetreten seien, nicht geschlossen werden, dass diese durch den Unfall bedingt seien (unzulässige "post hoc, ergo propter hoc"-Argumentation). Vor allem bedeuteten anhaltende Schmerzen in Nacken und Arm nicht, dass die radiologisch nachweisbaren HWS-Veränderungen unfallbedingt seien. Der behandelnde Orthopäde "übergeh[e]" bei seiner Begründung auch, dass die Beschwerden im Verlauf gewechselt hätten: Zuerst hätten sensible Ausfallserscheinungen im Dermatome C2 rechts bestanden, später

im Dermatome C6 vor allem rechts und erst noch später im Dermatome C6 vor allem links. Es sei nicht ersichtlich, wie diese Beschwerden durch die vom behandelnden Orthopäden als unfallbedingt angesehene Diskushernie mit Einengung des Neuroforamen C6 links erklärt werden könnten (VB M26 S. 4).

#### **4.**

##### **4.1.**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352).

##### **4.2.**

###### **4.2.1.**

Die Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt. Diesen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff. und 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2017 E. 3.2.2 mit Hinweis), weshalb der Beweiswert der Beurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall aufgrund der erwähnten Grundsätze zu beurteilen ist.

###### **4.2.2.**

Voll beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1 mit Hinweis; U 357/06 vom 28. Februar 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Entscheidend ist,



ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (Urteile des Bundesgerichts 8C\_889/2008 vom 9. April 2009 E. 3.3.1 und U 224/06 E. 3.5; je mit Hinweisen).

## **5.**

### **5.1.**

Aufgrund der Aktenlage erweisen sich die Aktenbeurteilungen, wie sie der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin in seinen Einschätzungen vom 26. Februar 2021 und vom 10. Dezember 2021 vorgenommen hat, als zulässige Beweisgrundlage. Insbesondere ergibt sich aus den auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhenden sowie ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zeigenden Akten mit zahlreichen klinischen und apparativen Untersuchungsbefunden ein feststehender medizinischer Sachverhalt, womit sich weitere Untersuchungen erübrigen. Die Aktenbeurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin sind zudem umfassend, ohne Weiteres nachvollziehbar, berücksichtigen die massgebenden Beschwerden sowie sämtliche Vorakten und sind in ihrer Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einleuchtend begründet. Damit erweisen sich die Aktenbeurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin als beweiskräftig.

## **5.2.**

### **5.2.1.**

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin begründete nachvollziehbar, weshalb sich der vorliegende Unfallhergang deutlich von demjenigen eines "Schleudertraumas" bei Autounfällen unterscheide; ebenfalls zweifellos als schlüssig erweist sich dessen Begründung, weshalb es sich entgegen der Auffassung des behandelnden Facharztes nicht um einen "schweren" Unfall gehandelt habe. Ob die Beschwerdegegnerin die sog. Schleudertrauma-Praxis vorliegend zu Recht angewendet hat (vgl. angefochtener Entscheid E. 2.3.2), erscheint fraglich (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_12/2016 vom 1. Juni 2016 E. 7.1), kann jedoch offen bleiben. Selbst in Anwendung der Schleudertrauma-Praxis wäre die Adäquanz der geklagten Beschwerden (nicht organischer Natur, namentlich der Schmerzen) mit Blick auf den vorliegend zu beurteilenden, offensichtlich nur *leichten* Unfall (Geschehensablauf: Zusammenstoss zweier Fussballspieler; zudem konnten diskoligamentäre Verletzungen und Gefässaffektionen ausgeschlossen werden [vgl. Bericht Universitätsspital C. vom 15. Januar 2019 S. 2 {VB M4}]) nämlich zu verneinen (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_525/2017 vom 30. August 2018 E. 8.2.1 mit Hinweisen).

### **5.2.2.**

Gemäss Rechtsprechung entspricht es 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 eine Diskushernie oder -protrusion 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) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_765/2020 vom 4. März 2021 E. 2.3 mit Hinweisen; worauf auch in der Beschwerde S. 5 hingewiesen wird).

Auch vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung ist vorliegend nicht von einer unfallkausalen Diskushernie auszugehen, da – wie erwähnt – das Ereignis vom 12. Januar 2019 keinen schweren Unfall darstellt.

### **5.3.**

Nach dem Dargelegten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin in seinen Aktenbeurteilungen; diese erweisen sich vielmehr als sorgfältig begründet, als ohne Weiteres nachvollziehbar und auch in der Auseinandersetzung mit den anderslautenden Einschätzungen des behandelnden Orthopäden als überaus schlüssig. Seine Einschätzung ist damit entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2) als beweiskräftig anzusehen. Auf weitere Abklärungen ist zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5).

Es ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer am 2. Dezember 2020 gemeldeten Beschwerden an der HWS nicht kausal auf den Unfall vom 12. Januar 2019 zurückzuführen sind. Der Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2021 erweist sich folglich als korrekt.

## **6.**

### **6.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

### **6.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG).

**6.3.**

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

---

Zustellung an:

den Beschwerdeführer (Vertreter; 2-fach)

die Beschwerdegegnerin

das Bundesamt für Gesundheit

---

**Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während 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).

---

Aarau, 23. Juni 2022

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

2. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Peterhans

Wirth

