

## **BL\_GERICHTE 725 16 182 / 241 vom 22. September 2016**

BL Gerichte, 2016-09-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_16\\_182\\_\\_\\_241](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_182___241)

FR: BL\_GERICHTE 725 16 182 / 241 du 22 septembre 2016

IT: BL\_GERICHTE 725 16 182 / 241 del 22 settembre 2016

### **Regeste**

Unfallversicherungsrecht Leistungspflicht mangels rechtserheblichen Kausalzusammenhangs verneint. Insbesondere vermögen die durch den Unfall lediglich vorübergehend symptomatisch gewordenen Rückenbeschwerden keine Leistungspflicht zu bewirken.

### **Volltext**

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 22.09.2016 725 16 182 / 241

Unfallversicherungsrecht Leistungspflicht mangels rechtserheblichen Kausalzusammenhangs verneint. Insbesondere vermögen die durch den Unfall lediglich vorübergehend symptomatisch gewordenen Rückenbeschwerden keine Leistungspflicht zu bewirken.

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 22. September 2016 Unfallversicherungsrecht Leistungspflicht mangels rechtserheblichen Kausalzusammenhangs verneint. Insbesondere vermögen die durch den Unfall lediglich vorübergehend symptomatisch gewordenen Rückenbeschwerden keine Leistungspflicht zu bewirken. Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer gegen SUVA , Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin Betreff Leistungen A. Der 1963 geborene A.\_\_\_\_ war seit März 2007 bei der B.\_\_\_\_ AG als Bauarbeiter angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen versichert. Am 21. Juni 2010 stürzte er bei der Arbeit seitwärts in einen Graben. Die Notfallstation des Spitals C.\_\_\_\_ diagnostizierte noch gleichentags eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) und der rechten Flanke. In ihrem Bericht vom 21. September 2010 hielt sie darüber hinaus fest, dass sich der Versicherte den Rücken gestossen, das rechte Handgelenk geprellt und den Hinterkopf angeschlagen habe. In ihrem Bericht vom 27. September 2010 korrigierte sie ihren Befund dahingehend, dass sich der Versicherte nicht die rechte, sondern die linke Flanke angeschlagen habe. In der Folge war der Versicherte zunächst vollständig arbeitsunfähig. Ab dem 25. Oktober 2010 nahm er seine Arbeit wieder zu 100% auf. B. Nachdem sein Arbeitsverhältnis per Ende August 2011 aufgelöst worden war, liess der Versicherte der SUVA am 16. September 2011 einen Rückfall melden. Am 7. Oktober 2011 teilte die SUVA unter Bezugnahme auf eine kreisärztliche Beurteilung vom 6. Oktober 2011 mit, dass sie für die gemeldeten Rückfallbeschwerden mangels eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs nicht leistungspflichtig sei. C. Im Januar 2012 unterzog sich der Versicherte einer Ulnarisverlagerung links. Vom 30. April 2012 bis Ende Juli 2012 nahm er an einem von der

IV-Stelle Basel-Landschaft finanzierten Belastbarkeitstraining teil, welches aus gesundheitlichen Gründen jedoch abgebrochen werden musste. Im September 2013 und im Januar 2015 unterzog er sich weiteren Eingriffen an der LWS. Ebenfalls im Januar 2015 fand eine MRT-Abklärung des rechten Kniegelenks statt, in deren Folge ein möglicher beginnender Unterflächeneinriss im lateralen Meniskus erhoben wurde. Auf Veranlassung des behandelnden Orthopäden Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie, veranlasste die SUVA im Mai 2015 eine nochmalige kreisärztliche Abklärung insbesondere auch in Bezug auf die am rechten Knie geklagten Beschwerden. Auf abschliessende Vorlage aller Akten hin hielt der Kreisarzt im September 2015 fest, dass trotz der im Mai 2015 neu eingegangenen medizinischen Akten daran festzuhalten sei, dass bei den geklagten Beschwerden allfällige Folgen des im Jahre 2010 erlittenen Unfalls keine Rolle mehr spielen würden. D. Mit Verfügung vom 3. September 2015 lehnte die SUVA die Leistungspflicht für die gemeldeten Rückfallbeschwerden im Bereich des Rückens, des rechten Kniegelenks sowie des linken Ellbogens unter Verweis auf die kreisärztlichen Beurteilungen vom 6. Oktober 2011 und vom 7. Mai 2015 ab. Eine hiergegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 12. Mai 2016 ab. Dabei hielt sie fest, dass in Bezug auf die Rückenbeschwerden bereits eine rechtskräftige, faktische Verfügung vom 7. Oktober 2011 vorliege. E. Am 10. Juni 2016 erhob der Versicherte beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 12. Mai 2016. In seiner Beschwerdebegründung vom 13. Juni 2016 machte er im Wesentlichen geltend, dass er sich von der zuständigen Sachbearbeiterin der SUVA zum Abschluss des Grundfalls habe überreden lassen. Vor seinem Unfall am 21. September 2010 habe er nicht unter den aktuellen gesundheitlichen Problemen gelitten. Seine Leiden beständen seit diesem Unfall und hätten dazumal nicht alle behandelt werden können. Weshalb die SUVA die Leistungen dazumal abgelehnt habe, sei ihm ein Rätsel. Nach seinem Unfall habe man die Knieproblematik nur oberflächlich untersucht und deshalb auch nicht erwähnt. Es sei ihm nicht verständlich, weshalb es nunmehr zu einer erneuten Ablehnung der Leistungspflicht gekommen sei, obschon seine Ärzte bestätigen würden, dass ein Zusammenhang zwischen seinen Beschwerden und dem am 21. September 2010 erlittenen Unfall bestehe. F. Die SUVA schloss mit Vernehmlassung vom 6. Juli 2015 auf Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 29. August 2016 reichte der Beschwerdeführer diverse weitere Unterlagen und Arztberichte zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 8. September 2016 auf die Einreichung einer Duplik. Auf die einzelnen Vorbringen der beiden Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g : 1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 und Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Dieser liegt im vorliegenden Fall in E.\_\_\_\_. Gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit sachlich und örtlich für die Behandlung der

vorliegenden Beschwerde zuständig. 1.2 Vorab zu klären ist, was Streitgegenstand der Beschwerde bildet. Die SUVA stellt sich in ihrer Vernehmlassung auf den Standpunkt, dass ihr Schreiben vom 7. Oktober 2011, mit welchem sie ihre Leistungspflicht für die geklagten Rückenbeschwerden formlos abgelehnt hatte, eine faktische, mittlerweile rechtskräftige Verfügung darstelle. Wie es sich damit verhält kann vorliegend jedoch aus nachstehenden Gründen offen bleiben. 1.3 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind jene Rechtsverhältnisse zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die vorinstanzliche Verfügung bzw. der vorinstanzliche Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege im Unfallversicherungsrecht ist mit anderen Worten jenes Rechtsverhältnis, das Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids bzw. der Verfügung des Versicherungsträgers bildet, und zwar in dem Ausmass, als die Regelung des Rechtsverhältnisses nach den Parteianträgen des Beschwerdeverfahrens noch streitig ist ( Fritz Gygi , Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46; BGE 125 V 414 f. E. 1b). 1.4 Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Einspracheentscheid der SUVA vom 12. Mai 2016. In ihrer diesem Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung vom 3. September 2015 hat die SUVA den rechtserheblichen Kausalzusammenhang nicht nur in Bezug auf die geklagten Beschwerden des rechten Kniegelenks und des linken Ellbogens, sondern auch hinsichtlich der bestehenden Rückenbeschwerden des Versicherten verneint. Obschon sie in ihrem Einspracheentscheid vom 12. Mai 2016 nicht mehr ausdrücklich auf die Rückenbeschwerden Bezug nimmt, hat sie die Ablehnung ihrer Leistungen hinsichtlich der Rückenbeschwerden aber implizit bestätigt, indem sie die gegen ihre Verfügung vom 3. September 2015 erhobene Einsprache vollumfänglich abgewiesen hat (vgl. a.a.O., Ziffer 5). Unabhängig von der Frage, ob die formlose Leistungsablehnung vom 7. Oktober 2011 in Rechtskraft erwachsen ist, hat die SUVA die Frage nach einem rechtserheblichen Kausalzusammenhang mithin auch hinsichtlich der Rückenbeschwerden wieder zum Prozessthema gemacht. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit auch in Bezug auf die von der SUVA abgelehnte Leistungspflicht im Zusammenhang mit den geklagten Rückenbeschwerden des Versicherten einzutreten. 2. Strittig und zu prüfen ist, ob die SUVA dem Versicherten Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) zu entrichten hat und in diesem Zusammenhang, ob zwischen dem Unfallereignis vom 21. September 2010 und den daraus resultierenden Beschwerden im Bereich des Rückens, des linken Ellbogens und des rechten Kniegelenks ein rechtserheblicher Kausalzusammenhang gegeben ist. 2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt allerdings stets voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder

unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere. 2.2 Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. 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 psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2). Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ebenfalls ein (natürlicher und adäquater) Kausalzusammenhang besteht (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende 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 gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007, E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt und die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

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

181 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen). 3.2 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). 3.3 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3). 4.1 Was zunächst die Beschwerden des Versicherten am rechten Kniegelenk betrifft, stellt sich die SUVA im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Mai 2016 auf den Standpunkt, dass sich trotz aller ärztlicher Untersuchungen in Bezug auf den am 21. September 2010 erlittenen Unfall keine Verletzungen objektivieren lassen. Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Auffassung, dass seine Knieproblematik ursprünglich nur oberflächlich untersucht worden und deshalb unerwähnt geblieben sei. Diese Behauptung ist nicht plausibel. Dem am Unfalltag erstellten Konsultationsbericht der Spitals C.\_\_\_\_ vom 21. September 2010 ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte nur eine Kontusion der LWS und der rechten, bzw. (recte) der linken Flanke zugezogen hat (SUVA Akt 5 und 89). Nebst leichten Schmerzen im rechten Handgelenk und leichten Kopfschmerzen sind jedenfalls keine echtzeitliche

Verletzungen dokumentiert, welche die offenbar durch den Versicherten selbst erst im Jahre 2015 nachträglich geltend gemachten Kniebeschwerden rechts erklären könnten (SUVA Akt 44; Beschwerdebegründung, ad Ziffer D.). Ebenso geht sowohl aus der Schadenmeldung UVG vom 24. September 2010 als auch aus der Rückfallmeldung vom 16. September 2011 lediglich hervor, dass der Versicherte beim Ausrichten der Belagsfräse ausgerutscht, auf den Rücken gestürzt ist und sich dabei den Rücken geprellt hat (SUVA Akt 1 und 7). Dass eine allfällige Knieverletzung bisher vollständig unerwähnt geblieben ist, erweist sich auch deshalb als wenig nachvollziehbar, weil der Beschwerdeführer den Akten zufolge während rund viereinhalb Jahren gegenüber den übrigen Ärzten nie Kniebeschwerden beklagt hat. Ausserdem war er gemäss den Eintragungen im Unfallschein UVG vom 25. Oktober 2010 in der Lage, seine körperliche anspruchsvolle Arbeit als Strassenbauer rund einen Monat nach dem fraglichen Unfall wieder vollständig aufzunehmen (SUVA Akt 6 und 64). Abweichend zu der im Operationsbericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 genannten Indikation sind allfällige Knieprobleme erst im Jahre 2015 von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, dokumentiert worden. In seinem Bericht vom 22. Januar 2015 zeigt sich Dr. D.\_\_\_\_ davon überzeugt, dass die diagnostizierte Meniskusläsion durch den Unfall am 21. September 2010 verursacht worden sei (SUVA Akt 43). Diese ohne jegliche Begründung und ohne Kenntnis der Vorakten erhobene Diagnose vermag nicht zu überzeugen, da Dr. D.\_\_\_\_ in seinem nachfolgenden Bericht vom 4. Juni 2015 nur noch einen Verdacht auf eine luxierte Meniskusläsion beschreibt, deren Ursache auch auf eine chronische und mithin degenerative Instabilität des rechten Knies zurückzuführen ist (SUVA Akt 68). Wenn Dr. D.\_\_\_\_ in seinem anschliessenden Bericht vom 6. Juli 2015 wieder davon ausgeht, dass es sich bei dem diagnostizierten Meniskusriss eindeutig um ein Unfallgeschehen handelt (SUVA Akt 69), vermag dies nichts daran zu ändern, dass ein Kausalzusammenhang mit dem hier zur Debatte stehenden Ereignis vom 21. September 2010 nur eine mögliche These darstellt, die gerade nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan ist. Es tritt hinzu, dass der Versicherte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Mai 2015 selbst angegeben hat, die ausgeprägten Beschwerden am rechten Kniegelenk seien erst in letzter Zeit vorhanden (SUVA Akt 61). Gegenüber dem Hausarzt im August 2012 hatte der Versicherte jedenfalls noch keine Knieprobleme zu beklagen (SUVA Akt 104). Wenn der Beschwerdeführer nunmehr ausführt, er hätte seit seinem Unfall vom 21. September 2010 schon immer an entsprechenden Problemen im rechten Knie gelitten, so kann dies durch die vorliegenden Akten jedenfalls nicht belegt werden. Die Kausalität zwischen den geklagten Kniebeschwerden und dem Unfallereignis vom 21. September 2010 ist unter diesen Umständen nicht erwiesen.

4.2 Der Beschwerdeführer macht weiter sinngemäss geltend, die mittlerweile operativ versorgten Beschwerden am linken Ellbogen seien ebenfalls durch das Unfallereignis vom 21. September 2010 verursacht worden. Auch dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Der linke Ellbogen war beim Unfall vom 21. September 2010 nachweislich nicht betroffen (SUVA Akt 1). Echtzeitlich beklagt worden waren dazumal einzig leichte Beschwerden am rechten Handgelenk (SUVA Akt 5 und 89). Beschwerden am linken Ellbogen in Form eines dringenden Verdachts auf ein Sulcus-ulnaris-Syndrom sind erstmals rund ein Jahr nach dem erlittenen Unfallereignis durch das Bethesda Spital dokumentiert worden (SUVA Akt 11). Zuvor war der Versicherte bis Ende August 2011 während rund eines Jahres als Strassenbauer vollumfänglich arbeitsfähig (SUVA Akt 16). Aus der Tatsache alleine, dass sich der Versicherte in der Folge einer operativen Ulnarisorverlagerung unterziehen musste, lassen sich die Beschwerden am linken

Ellenbogen jedoch nicht auf das am 21. September 2010 erlittene Unfallereignis zurückführen. Die lange Latenzzeit bis zum erstmaligen Auftreten entsprechender Beschwerden spricht klarerweise auch hier gegen einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang. Anders zu entscheiden hiesse, die Kausalität lediglich damit zu begründen, dass der Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen wäre. Rechtsprechungsgemäss ist eine solche reine "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation beweisrechtlich jedoch unzulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_178/2010 vom 22. Juni 2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Es tritt hinzu, dass anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Mai 2015 am linken Ellbogen reizlose Verhältnisse festgestellt und objektiv weder eine Bewegungseinschränkung noch subjektiv entsprechende Beschwerden erhoben werden konnten (SUVA Akt 61). Sofern allfällige Beschwerden aktuell überhaupt noch vorhanden sind, bestehen in den gesamten Akten jedenfalls keine Hinweise, dass diese auf den erlittenen Unfall im September 2010 zurückzuführen sind. Die Ablehnung der Leistungspflicht auch hinsichtlich der Beschwerden am linken Ellbogen erweist sich unter diesen Umständen als nachvollziehbar und schlüssig.

4.3.1 Zu prüfen bleibt, ob zwischen dem Unfallereignis vom 21. September 2010 und den Rückenbeschwerden des Versicherten ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Aufgrund der in den medizinischen Akten erwähnten Untersuchungen steht fest, dass der Beschwerdeführer bereits vor seinem Unfall erhebliche degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule aufgewiesen hat. So konnte gemäss MRT-Befund (SUVA Akt 48) am 21. September 2010 an der LWS eine vorbestehende Osteochondrose mit spondylophytären Abstützungsreaktionen erhoben werden. Aktenkundig ist sodann ein bereits 2008 erfolgter Eingriff an der Halswirbelsäule (HWS), wonach der Versicherte wegen einer zervikalen Diskushernie auf Höhe C5/6 operiert worden war (SUVA Akt 11). Schliesslich erhellt aus dem Bericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 11. April 2013, dass sich an der HWS ein chronisches Zervikalsyndrom bei Status nach ventraler Fusion C5/6 und an der LWS eine schwere Osteochondrose L1/2 erheben lasse (SUVA Akt 89, S. 31 ff.).

4.3.2 Trotz Vorbestehens dieser degenerativen und damit unfallfremden Veränderungen an der Wirbelsäule zieht der Beschwerdeführer nunmehr den Schluss, das am 21. September 2010 erlittene Unfallereignis sei für die seither erneut eingetretenen Beschwerden ursächlich. Er argumentiert sinngemäss, sein Vorzustand habe durch diesen Unfall eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Dieser Auffassung ist entgegen zu halten, dass die unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden Wirbelsäulenerkrankung rechtsprechungsgemäss nur unter bestimmten Voraussetzungen als richtunggebend zu betrachten ist (SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). Das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien kann nach dem medizinischen Wissensstand innert drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine solche traumatische Verschlimmerung eines klinisch summen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel wiederum nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2008: Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur). In Bezug speziell auf Diskushernien entspricht es zudem einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass diese praktisch alle durch degenerative Bandscheibenveränderungen entstehen. Ein Unfallereignis fällt nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht. Als unfallbedingt kann eine

Diskushernie dann betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie in Form eines vertebralen oder radikulären Syndroms unverzüglich aufgetreten sind. Nur dann hat die Unfallversicherung auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b, und medizinische Literatur; ebenso Urteil 8C\_213/2008 vom 9. Juni 2008). Ist die Diskushernie hingegen bei einem degenerativen Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Dies ist dann der Fall, wenn die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht worden ist (Urteil 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

4.3.3 Anlässlich seines Unfalls vom 21. September 2010 hat sich der Versicherte nebst einer Kontusion der linken Körperflanke keine zusätzlichen, objektivierbaren Verletzungen am Rumpf und insbesondere auch nicht an der Wirbelsäule zugezogen. Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen geht hervor, dass nach dem fraglichen Ereignis hinsichtlich des Rückens insbesondere weder strukturelle Läsionen noch allfällige radikuläre Symptome erhoben werden konnten (SUVA Akt 5, 48, 89, S. 2 und 100). Es ist deshalb in Übereinstimmung mit den kreisärztlichen Beurteilungen vom 6. Oktober 2011 und vom 7. Mai 2015 (SUVA Akt 61 und 101, S. 22) davon auszugehen, dass der fragliche Unfall im Bereich der HWS und LWS zu einer vorübergehenden Verschlechterung des unfallfremden Vorzustandes geführt hat, dieser Unfall jedoch bereits im Zeitpunkt der Rückfallmeldung vom 16. September 2011 (SUVA Akt 7) keine ursächliche Rolle mehr gespielt hat, sondern dessen Folgen im Sinne der soeben dargelegten Erfahrungstatsache (oben, Erwägung 4.3.2) bereits wieder abgeklungen waren. Die gegenteilige Auffassung des Beschwerdeführers, eine richtunggebende Verschlimmerung erlitten zu haben, widerspricht der normativen Erfahrungstatsache, wie sie das Bundesgericht in beständiger Rechtsprechung geprägt hat. Danach müsste eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung bildgebend ausgewiesen sein und sich damit von der altersüblichen Progression abheben (oben, Erwägung 2.3 a.E.). Dies aber ist aufgrund der erwähnten medizinischen Akten zu verneinen. Daran ändert auch nichts, dass die Hausärztin des Versicherten kurz vor der Rückfallmeldung vom 16. September 2011 bestätigt hat, dass sich die aktuellen Rückenbeschwerden am ehesten als Folge des Unfallereignisses im September 2010 erklären liessen (SUVA Akt 89, S. 5). Diese Aussage ist nicht näher begründet worden. Sie vermag daher nicht zu überzeugen, zumal sich anlässlich der rund ein halbes Jahr später durchgeführten Abklärung in der Reha weiterhin keine Hinweise auf ein radikuläres Ausfallsyndrom oder sonstige Defizite neurologischer Natur ergeben haben (SUVA Akt 89, S. 14). Auch der behandelnde Rheumatologe hat die geklagten Beschwerden an der LWS im November 2012 primär auf degenerative Veränderungen zurückgeführt (SUVA Akt 89, S. 22). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass der Versicherte im März 2012 von der Reha selbst für schwere Arbeiten als weiterhin vollständig arbeitsfähig eingeschätzt worden war (vgl. SUVA Akt 89, S. 16). Damit aber fehlt es auch an Brückensymptomen, wie sie für die Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem allfälligen Rückfall rechtsprechungsgemäss vorausgesetzt sind (Urteil S. des EVG vom 29. Oktober 2002, U 22/01, E. 5.1).

4.3.4 Rechtsprechungsgemäss kann auf die Berichte versicherungsinterner Ärzte abgestellt werden, wenn keine Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471, E. 4.7). Solche Zweifel liegen hier keine

vor. Die in der kreisärztlichen Untersuchung insbesondere vom 7. Mai 2015 und auch in den übrigen Berichten der behandelnden Fachärzte beschriebene degenerative Entwicklung der Beschwerden entspricht den Erfahrungswerten bei posttraumatisch ausgelösten Rückenbeschwerden. Daran vermag insbesondere auch nichts zu ändern, dass sich der Beschwerdeführer in den Jahren 2013 und 2015 wiederholt einer Rückenoperation unterziehen musste. Im vorliegenden Fall bestehen keine Anhaltspunkte, dass die durch den im September 2010 erlittenen Unfall verursachte Einwirkung auf die Wirbelsäule des Versicherten - entgegen der allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsache - eine bis heute andauernde und mithin kausale Schädigung verursacht hätte. Der Einwand des Beschwerdeführers, dass er noch immer Schmerzen habe, vermag zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Dadurch alleine ist nicht erstellt, dass die aktuell noch geklagten Beschwerden auf einen traumatisch bedingten Schaden anlässlich des Unfalls vom September 2010 zurückzuführen sind. Den natürlichen Kausalzusammenhang allein mit der Argumentation zu bejahen, dass der Versicherte zuvor nicht an entsprechenden Beschwerden gelitten habe, liefe auch hier auf eine unzulässige Beweisformel "post ergo propter hoc" hinaus (oben, Erwägung 4.2 hiervor). Auch eine allfällige ergänzende, gutachterliche Untersuchung würde in diesem Zusammenhang zu keinen neuen Erkenntnissen führen, da der Gesundheitszustand im Unfallzeitpunkt und seine nachfolgende Entwicklung zu beurteilen wäre. Dies könnte nur anhand der ohnehin bereits vorliegenden Akten geschehen. Auf eine ergänzende Abklärung der medizinischen Verhältnisse ist daher in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten. 4.4

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA hinsichtlich der strittigen Leistungseinstellung auf die versicherungsmedizinische Beurteilung ihres Kreisarztes vom 7. Mai 2015 abgestellt hat (SUVA Akt 61). Dieser im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Bericht setzt sich mit allen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über die relevanten Umstände des Gesundheitszustands des Versicherten. Die darin erwähnten Befunde decken sich mit dem in den übrigen Akten dokumentierten medizinischen Vorzustand. Es muss deshalb sein Bewenden damit haben, dass durch den Unfall im September 2010 lediglich eine vorübergehende Akzentuierung in Form einer symptomatisierenden Aktivierung bereits vorbestehender, degenerativer Befunde ausgelöst wurde, die Kriterien für eine traumatische Schädigung der LWS oder der HWS und damit für eine eigentliche Verschlimmerung eines zuvor klinisch stummen degenerativen Vorzustandes hingegen nicht erfüllt ist. Den aufgezeigten medizinischen Unterlagen ist vielmehr überzeugend zu entnehmen, dass der Status quo ante vel sine mittlerweile längst erreicht ist. Stehen somit nicht nur die Rückenbeschwerden des Versicherten, sondern auch die Beschwerden am linken Knie und am rechten Ellbogen in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem im September 2010 erlittenen Unfall, hat die SUVA ihre Leistungspflicht hierfür zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis demnach abzuweisen. 5. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Demgemäss wird erkaant: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.