

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/88 vom 28. Juni 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2015_88

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/88 du 28 juin 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2015/88 del 28 giugno 2017

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung einer unfallbedingten Diskushernie sowie einer unfallbedingten richtungsgebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie. Leistungspflicht des Unfallversicherers für die Operation der Diskushernie bei Annahme einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie infolge Kontusion. Der Unfall ist keine blosser Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitsschadens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Juni 2017, UV 2015/88).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 30. Juni 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere auch für die operative Behandlung der Diskushernie L4/L5 vom 19. August 2015, hat.

E. 2

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05, E. 4.1). Bei organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität, weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch

keine selbständige Bedeutung (BGE 122 V 417 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 E. 2.1). 3.2 Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Angesichts des Gesagten sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten einholen, beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. E.____ am 8. September 2015, 12./13. Oktober 2015 und 20./21. Januar 2016 erstellt wurden (vgl. Suva-act. 22, 34, 50), sind nicht unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

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. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund (mittels Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomographie, Arthroskopie) erhoben wird bzw. bestätigt werden kann (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 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). 4.2 Die beim Beschwerdeführer am 21. Mai 2015 in der Radiologie D.____ durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS brachte eine lumbale Diskushernie L4/5 links zur Darstellung, wobei es sich eindeutig um einen organischen Gesundheitsschaden handelt. Eine Diskushernie ist allerdings im Regelfall eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule und kann nur im Ausnahmefall Folge eines Unfalls im Rechtssinne (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) sein (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5). Ist es dennoch durch einen Unfall zu einer Diskushernie und damit zu einem neuen strukturellen Gesundheitsschaden gekommen, ist die natürliche Kausalität ohne Weiteres gegeben. Hat der Unfall keine Diskushernie verursacht, kann diese nur im Rahmen eines degenerativen Prozesses entstanden sein. Diesbezüglich gilt es die durch einen Unfall entstandene richtungsgebende, mithin dauernde Verschlimmerung von der vorübergehenden, grundsätzlich ausheilenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie zu unterscheiden (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 6 f.). Auch diese beiden Sachverhalte begründen eine natürliche Kausalität. Während jedoch die natürliche Kausalität bei der richtungsgebenden Verschlimmerung - gleich einer unfallbedingten Diskushernie - jetzt und künftig vorliegt, ist sie bei einer vorübergehenden Verschlimmerung lediglich temporär gegeben (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 7.1.; vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des

Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 54).

E. 5

Im konkreten Fall ist eine durch den Unfall vom 12. Mai 2015 verursachte neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4 ATSG) auszuschliessen.

5.1 Eine gesunde Bandscheibe ist derart widerstandsfähig, 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 (Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, mit Hinweis auf GÜNTER G. MOLLOWITZ [Hrsg.], Der Unfallmann, Berlin/Heidelberg 1993, S. 164 ff.; vgl. auch ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 878 ff.; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 232; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 182; 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. 5).

Voraussetzung für die Annahme einer traumatischen Diskushernie ist somit, dass der Unfall hinsichtlich seines Mechanismus geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und insbesondere auch von besonderer Schwere war. Die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) müssen zudem unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sein. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190, Nr. U 379 S. 192; Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2008, 8C_213/2008, E. 3.3; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, teilweise publiziert in AJP 2006, S. 877 ff., Urteil des EVG vom 20. September 2001, U 379/00, E. 6.a; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17).

5.2 Laut Arztzeugnis UVG vom 11. August 2015 erhob Dr. C.____ beim Beschwerdeführer anlässlich der klinischen Erstuntersuchung vom 13. Mai 2015 als Befunde einen muskulären Hartspann lumbal links, einen verminderten PSR (Patellarsehnenreflex) links sowie eine verminderte Sensibilität im Verlauf des lateralen Unterschenkels, stellte die Diagnose eines traumatischen lumboradikulären Syndroms L5 links und bestätigte dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab 12. Mai 2015. Offenbar sechs Tage nach dem Unfall (vgl. dazu Suva-act. 34-2) fertigte er eine Röntgenaufnahme der LWS an und erhob als Befund eine möglicherweise traumatische osteoligamentäre Einengung L4/L5 links mit Kontakt zu L5 links (Suva-act. 17). Dr. C.____ veranlasste darauf eine MRI-Untersuchung der LWS in der Radiologie D.____, welche am 21. Mai 2015 durchgeführt wurde. Laut dem gleichentags erstellten fachradiologischen Bericht lieferten die bildgebenden Dokumente keinen sicheren Nachweis einer frischen Fraktur. Die Veränderungen im Segment LWK3/4 seien wahrscheinlich diskogen bedingt. Ursächlich für die angegebenen Beschwerden erscheine eine osteodiscal bedingte Rezessusenengung LWK4/5 links mit Diskushernie und Kompression der 5er-Wurzel. Eine kleinere Hernie ohne sichere Neuroaffektion zeige sich auch im Liegen bei LWK5/SWK1 (Suva-act. 18).

E. 5.3

5.3.1 Die von Dr. C.____ rechtzeitig nach dem Unfall beim Beschwerdeführer erhobene Sensibilitätsverminderung im Verlauf des lateralen Unterschenkels, die entsprechende Diagnose eines lumboradikulären Syndroms L5 sowie die von ihm bestätigte Arbeitsunfähigkeit ab Unfalldatum liessen angesichts der Darlegungen in Erwägung 5.1 grundsätzlich von einer traumatisch hervorgerufenen Diskushernie LWK4/5 ausgehen. Kreisarzt Dr. E.____ begründet jedoch in seinen ärztlichen Beurteilungen vom 8. September 2015, 12./13. Oktober 2015 und 20./21. Januar 2016 (Suva-act. 22, 34, 50) nachvollziehbar und überzeugend, weshalb der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beim Unfall vom 12. Mai 2015 keine neue, bleibende Diskushernie im Sinn einer strukturellen Läsion erlitten hat.

5.3.2 Dr. E.____ befasst sich umfassend mit den rechtsprechungsgemäss massgebenden Faktoren einer traumatischen Diskushernie, indem er in seinen Ausführungen am Unfallmechanismus sowie an der Schwere des Unfalls bzw. der Gewalteinwirkung auf die LWS anknüpft. Weiter nimmt er umfangreich Bezug auf medizinische Literatur, der ebenfalls einheitlich entnommen werden kann, dass nur massivste Gewalteinwirkungen als Ursache für einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden anerkannt werden. Als Beispiele führt Dr. E.____ einen freien Sturz aus erheblicher Höhe mit einem Sprung aus 10 Metern, einen Sturz beim Tragen von schwersten Lasten oder eine Kollision beim Führen eines Kraftfahrzeuges bei grosser Geschwindigkeit an. Im Weiteren zitiert er die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung übernommene medizinische Literatur, wonach weit häufiger der Knochen, d.h. der Wirbelkörper, oder bei sehr massiven Verletzungen Wirbel und Bandscheibe zusammen nachgeben würden, als letztere allein. Die Bandscheibe toleriere wesentlich höhere mechanische Belastungen als die jeweils angrenzenden Wirbel. Hinsichtlich Verletzungsmöglichkeit ergebe sich, dass unter Gewalteinwirkung zunächst die Toleranzgrenze der knöchernen Strukturen überschritten werde.

5.3.3 Bezüglich des Unfalls vom 12. Mai 2015 kommt Dr. E.____ zum überzeugenden Schluss, dass dieser weder geeignet noch derart relevant gewesen sei, dass es zu einem Bandscheibenvorfall hätte kommen können. Laut Schadenmeldung UVG vom 2. Juni 2015 (Suva-act. 2) sowie Arztzeugnis UVG von Dr. C.____ vom 11. August 2015 (Suva-act. 17) ist der Beschwerdeführer am 12. Mai 2015 beim Transportieren von Gerüstteilen auf der Schulter an abschüssiger Stelle "ausgerutscht" bzw. auf den Rücken gestürzt. Er stürzte somit aus dem Stand bzw. beim Gehen. Ein Trauma mit einer axialen Stauchung der LWS und darüber hinaus unter hoher Gewalteinwirkung erscheint damit unwahrscheinlich. Das Gewicht der beim Sturz auf der Schulter transportierten Gerüstteile schätzt der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 10. Dezember 2015 auf ca. 45 kg (act. G 1). Das Tragen einer Last wurde zwar grundsätzlich auch von Dr. E.____ als eine die axiale Belastung erschwerende Komponente angeführt. Die Beschwerdegegnerin wendet indes zutreffend ein, dass die erstmalige Geltendmachung eines Gewichts entsprechend einer schweren Traglast in der Beschwerde und damit nach erfolgter Leistungseinstellung und Abweisung der Einsprache deren Zuverlässigkeit in Frage stelle (vgl. dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 5; BGE 121 V 47 E. 2a; RKUV 1986 Nr. U 9 S. 347 E. 3). Überhaupt fehlen nähere Angaben dazu, inwiefern das auf der Schulter getragene Gewicht eine - überhaupt fragliche - axiale Krafteinwirkung erhöht habe könnte. Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer - wie gesagt - (nur) ausgerutscht bzw. aus dem Stand oder im Gehen gestürzt ist, leuchtet jedenfalls eine erhöhte axiale Krafteinwirkung auf die LWS durch das Tragen von Gerüstteilen auf der Schulter nicht ein.

Wahrscheinlicher erscheint, dass der Beschwerdeführer beim Ausrutschen diese losgelassen hat oder ihm diese entglitten sind, wodurch die Wirbelsäule höchstens einer anderen physiologischen Bewegung (beispielsweise einer Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegung) ausgesetzt war, indem sich die Gerüstteile seitwärts, nach hinten oder nach vorne von der Schulter weg bewegten (vgl. dazu Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, mit Hinweis auf MOLLOWITZ, a.a.O., S. 164 ff.).

5.3.4 In der von Dr. E. ___ angeführten medizinischen Literatur wird ausserdem einleuchtend festgehalten, dass eine traumatische Schädigung der Diskushernie komplexe Verletzungsmuster hinterlasse. Der Kreisarzt erklärt dazu, es sei nicht vorstellbar, dass eine massive Gewalteinwirkung zu einer isolierten Verletzung einer Bandscheibe oder Instabilität eines Bandscheibensegments führen könne, ohne "Kollateralschäden" zu hinterlassen. Unfallbedingte Bandscheibenvorfälle oder instabile Bandscheibensegmente würden zwingend massive Echoerhöhungen, insbesondere in den kernspintomographischen flüssigkeitssensiblen Darstellungen der T-2-Gewichtung aufweisen; so fänden sich z. B. Blutergüsse infolge von Gewebeerreissungen oder Flüssigkeitskollektionen im Haltebandapparat und der angrenzenden Muskulatur des betroffenen Bandscheibensegments. Aufgrund seiner persönlichen Begutachtung der MRI-Dokumente vom 21. Mai 2015 zur LWS des Beschwerdeführers konnte Dr. E. ___ jedoch derartige Hinweise für eine relevante Gewalteinwirkung verneinen.

5.3.5 Angesichts des Gesagten kam Dr. E. ___ in seinen ärztlichen Beurteilungen vom 8. September 2015, 12./13. Oktober 2015 und 20./21. Januar 2016 (Suva-act. 22, 34, 50) zum überzeugenden Schluss, dass aufgrund der vorliegenden bildgebenden Dokumente - der Röntgenbilder und Kernspintomographiebilder - und der im Dossier dokumentierten Versionen bezüglich des Schadenhergangs anzunehmen sei, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen des Unfalls vom 12. Mai 2015 zu keiner relevanten Gewalteinwirkung auf den LWS-Bereich gekommen sei, womit der Unfall vom 12. Mai 2015 nicht geeignet gewesen sei, den klinisch, kernspintomographisch und intraoperativ gesicherten Bandscheibenschaden LWK4/5 hervorzurufen. Der Beschwerdeführer habe - unter der Annahme, dass die LWS beim geschilderten Sturz tatsächlich beteiligt gewesen sei - höchstens eine Prellung erfahren (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 8 f.). Die kreisärztliche Beurteilung erscheint auch insofern einleuchtend, als sich im MRI laut Untersuchungsbericht vom 21. Mai 2015 umfassende, mehrsegmentale Degenerationen - auch zusätzlich zur Diskushernie im Bereich LWK4/5 - zeigten, die ohne Unfallbeteiligung ein geschlossenes Bild ergeben und eine traumatische Diskushernie auf Höhe eines bestimmten Wirbelsäulensegments unwahrscheinlich erscheinen lassen.

5.3.6 Das Attest von Dr. C. ___ vom 15. September 2015 sowie der Bericht von Dr. F. ___ vom 28. September 2015 (Suva-act. 28) vermögen den Nachweis einer durch den Unfall vom 12. Mai 2015 verursachten neuen, bleibenden Diskushernie bzw. den Nachweis für das Nichtvorliegen einer vorbestehenden Diskushernie nicht zu erbringen. Sie begründen ihre Schlussfolgerung damit, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfallereignis vom 12. Mai 2015 nie bei Dr. C. ___ wegen Rückenbeschwerden in Behandlung gewesen und habe trotz der bisherigen schweren Arbeit nie Rückenprobleme gehabt. Es wird damit einzig eine zeitliche Einordnung - die Rückenbeschwerden traten zeitlich betrachtet nach einem Trauma auf - vorgenommen. Dass vor einem Unfall keine entsprechenden Beschwerden geklagt worden sind, bildet für sich allein nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung keinen Beweis für eine Unfallkausalität. Der zeitliche Aspekt besitzt 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., N 69 zu Art. 4 ATSG; 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. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Dass die Diskushernie des Beschwerdeführers vor seinem Unfall nicht symptomatisch bzw. klinisch stumm gewesen ist, ist unbestritten. Das Symptomatisch- bzw. Aktivwerden eines degenerativen Vorzustandes durch ein Trauma stellt indessen eine medizinisch anerkannte Erfahrungstatsache dar, welche von der Rechtsprechung im Rahmen des rechtlichen Instituts der vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes aufgenommen wurde (vgl. dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54; Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4, und 25. Oktober 2007, 8C_467/2007, E. 3.1 f.; vgl. auch nachfolgende Erwägung 8 f.). 5.4 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die beim Beschwerdeführer am 21. Mai 2015 mittels MRI erhobene und am 19. August 2015 operierte Diskushernie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorbestehend, d.h. nicht durch den Unfall vom 12. Mai 2015 verursacht, war.

E. 6

Dr. E.____ verneint sodann in seinen Beurteilungen vom 12./13. Oktober 2015 und 20./21. Januar 2016 (Suva-act. 34, 50) auch das Vorliegen einer richtungsgebenden Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernie. Bezüglich einer solchen gelten dieselben Kriterien wie für eine unfallbedingte Diskushernie, was auch hier 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 des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C_902/2011, E. 2 mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und 13. Juni 2005, U 441/04, E. 3.1). Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C_285/2016, E. 6.4.3, und 25. April 2012, 8C_237/2012, E. 4.2.4). Im konkreten Fall bestehen keinerlei Anhaltspunkte für eine solche. Die in Erwägung 5.3 dargelegten Komponenten - Schweregrad der Prellung; fehlende "Kollateralschäden"; umfassende, mehrsegmentale Degenerationen zusätzlich zur Diskushernie - haben auch hier ihre Geltung.

E. 7

7.1 Treten im Anschluss an einen Unfall Rückenbeschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, ist aber davon auszugehen, dass durch den Unfall eine (zuvor stumme), vorbestehende Diskushernie - wenn auch nicht verursacht oder richtungsgebend verschlimmert - so doch aktiviert worden ist, so hat der Unfallversicherer Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54) entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009, E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern

auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung, welche auch operative Eingriffe umfassen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 mit Hinweisen). 7.2 Anders verhält es sich, wenn das Ereignis nur Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitsschadens bzw. der Beschwerdeproblematik ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27; Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3). Gemeint sind dabei Fälle, in denen ein pathologischer, aber allenfalls klinisch stummer Vorzustand besteht, welcher durch den Unfall aktiviert wird, zu dessen Aktivierung aber nicht unbedingt ein Unfallereignis nötig gewesen wäre (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Der Unfall als Gelegenheits- oder Zufallsursache lässt ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2). Damit ist der Unfall noch kein Ereignis, ohne das der Schaden nicht eingetreten wäre (RKUV 1986 S. 473 f.). Wenn der Unfall bloss Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, ist die Unfallkausalität zum vornherein zu verneinen, indem infolge Vorliegens eines eindeutigen Vorzustandes ein Unterbruch der Unfallkausalität anzunehmen ist. Eine Unterbrechung der Unfallkausalität durch einen krankhaften Vorzustand schliesst die Entstehung einer Leistungspflicht überhaupt, d.h. von Beginn weg, aus. 7.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 8

Die Beschwerdegegnerin ging von einer - wenn auch nur - vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes des Beschwerdeführers aus und bejahte damit zunächst eine teilweise Unfallkausalität. Diese Annahme ist insofern gerechtfertigt, als der vom Beschwerdeführer geschilderte Sturz - unter der Annahme von Dr. E.____, dass die LWS dabei beteiligt gewesen ist (Suva-act. 22, 34, 50) - eine Prellung bzw. Kontusion derselben zur Folge gehabt haben dürfte. Eine Prellung bzw. Kontusion der Wirbelsäule kann ohne Weiteres eine bisher stumme Diskushernie oder andere Wirbelsäulenerkrankungen symptomatisch werden lassen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 e. 2a mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer übte vor dem Unfall einen körperlich schweren Beruf aus. Dennoch hatte er nie Rückenprobleme bzw. befand sich laut Aussagen von Dr. C.____ und Dr. F.____ nie wegen solcher in Behandlung (vgl. Suva-act. 28). Es ist zwar nicht auszuschliessen, dass die Operation der Diskushernie weitestgehend dem unbestrittenermassen vorliegenden Vorzustand zuzuschreiben ist und der von Dr. E.____ in seinen Beurteilungen (Suva-act. 22, 34, 50) als minim bzw. leicht eingestuft

Rückenprellung dementsprechend keine massgebende Bedeutung zukommt. Nach der unter Erwägung 7.1 dargestellten Praxis genügt dies aber, um die Haftung des obligatorischen Unfallversicherers zu begründen. Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder vom EVG bzw. Bundesgericht noch vom Gesetzgeber ein Mindestsatz bestimmt. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird von einer solchen Regelung abgesehen. Liegt ein eindeutiges Unfallereignis vor, darf somit nur im Ausnahmefall davon ausgegangen werden, dem krankhaften Vorzustand komme gegenüber der Kontusionierung der Wirbelsäule ein Gewicht zu, welches die Annahme einer Unterbrechung der Unfallkausalität rechtfertigt. Dies insbesondere auch mit Blick darauf, dass ein Grossteil der Verunfallten unter einem krankhaften physischen Vorzustand leidet. Der Ansatzpunkt für die Beurteilung der Leistungspflicht des Unfallversicherers bildet vielmehr die Frage nach der Teilursächlichkeit des Unfallereignisses (vgl. demgegenüber Art. 9 Abs. 2 UVV, worin das Abgrenzungskriterium ausdrücklich erwähnt ist). Vor dem Hintergrund des obigen Sachverhalts ist die Verneinung einer Teilursächlichkeit des Unfalls vom 12. Mai 2015 für die vorübergehende Verschlimmerung der Diskushernie des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

E. 9

Wie bereits erwähnt, entfällt die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Status quo sine vel ante erreicht worden ist (vgl. Erwägung 7.1). 9.1 Im Regelfall ist davon auszugehen, dass der Schweregrad einer Prellung wiederum Einfluss auf die Heilungsdauer hat. Dr. E.____ stufte die Rückenprellung in seinen Beurteilungen (Suva-act. 22, 34, 50) als höchstens minim ein und verwies dabei auf die fehlende echtzeitliche Erwähnung äusserlicher Verletzungszeichen (Druckstellen, Hämatome, Schürfwunden oder Flüssigkeitskolektionen im Bereich der Weichteile des Beckens oder des Rückens; vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 412) als Folgen eines Sturzes auf das Becken oder den Rücken im Arzteugnis UVG von Dr. C.____ vom 11. August 2015 (Suva-act. 17). Gestützt auf den Reintegrationsfaden Unfall des Schweizer Versicherungsverbandes ging er sodann von einer maximalen Behandlungsdauer von sechs Wochen aus. Dementsprechend sei der Status quo sine spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation des Beschwerdeführers im Departement Chirurgie und Orthopädie des Spitals G.____ vom 10. Juli 2015 (Suva-act. 15) erreicht gewesen (Suva-act. 34, 50). In Anlehnung an diese kreisärztlichen Ausführungen stellte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen per 1. Juli 2015 ein (Suva-act. 25, 39). Ein Status quo sine vel ante ist jedoch in diesem Zeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. 9.2 Nach der medizinischen Erfahrung heilt eine einfache Kontusion ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit ab, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr und die damit verbundenen Beschwerden bilden sich gänzlich zurück (DEBRUNNER, a.a.O., S. 412). Dieser medizinische Erfahrungssatz darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden, zumal er der herrschenden medizinischen Lehrmeinung entspricht. Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine vel ante zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.5; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2, 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Ausserdem wurde er vom Bundesgericht in aktuellen Entscheiden bestätigt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C_285/2016, E. 6.4.3, und 7. Juni 2016, 8C_154/2016, E. 4.1.2; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 106 E. 7.3 [8C_834/2013]). Es rechtfertigt sich deshalb,

den Erfahrungssatz auch hier der Würdigung zugrunde zu legen. Im Vergleich damit erscheint die kreisärztliche Beurteilung fraglich. Zwar beziehen sich Erfahrungssätze 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. Vielmehr liefert der konkrete Sachverhalt Anhaltspunkte, welche eine über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (30. Juni 2015) hinausgehende Heilungsdauer nahe legen. Es ist insbesondere aktenmässig belegt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall bis zur Leistungseinstellung in der angestammten Tätigkeit als Gerüstmonteur fortdauernd wegen Rückenbeschwerden zu 100% arbeitsunfähig gewesen und behandelt worden ist (hausärztliche Konsultationen, Physiotherapie und Infiltrationen periradikulär; vgl. Suva-act. 3, 10, 15, 17, 23). Am 10. Juli 2015 wurde der Beschwerdeführer im Departement Chirurgie und Orthopädie des Spitals G.____ neurochirurgisch untersucht und die Diagnose Lumboischialgiesyndrom L4/5 links seit einem Sturz am 6. (richtig: 12.) Mai 2015 gestellt. Im gleichentags verfassten Untersuchungsbericht wurde festgehalten, dass die konservativen Therapien nichts gebracht hätten, der Beschwerdeführer über die verschiedenen Therapieoptionen informiert worden sei und man ihm die Operation des Bandscheibenvorfalles empfohlen habe (Suva-act. 15). Am 18. August 2015 trat der Beschwerdeführer stationär in die Klinik für Neurochirurgie des KSSG ein, wo am 19. August 2015 eine Bandscheibenoperation bzw. Sequesterektomie durchgeführt wurde (Suva-act. 20 f.). Es besteht kein Grund für die Annahme, dass die Folgen der Kontusion in diesem Zeitpunkt verheilt gewesen wären, zumal selbst im Operationszeitpunkt die gemäss dem Erfahrungssatz im Regelfall für eine einfache Kontusion anzunehmende maximale Heilungsdauer noch bei weitem unterschritten war. Die kreisärztliche Beurteilung, der Status quo sine sei ausgerechnet im Zeitpunkt der Konsultation des Beschwerdeführers im Departement Chirurgie und Orthopädie des Spitals G.____ erreicht gewesen, lässt vermuten, dass diese auch unter dem Einfluss der damals geplanten Wirbelsäulenoperation erfolgt ist. Angesichts des Gesagten erscheint mithin die Annahme eines Status quo sine vel ante per 1. Juli 2015 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2011, 8C_515/2011, E. 4.1, und 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2). In diesem Sinn ist auch die Teilkausalität in Bezug auf die Sequesterektomie L4/L5 vom 19. August 2015 bzw. die Hospitalisation in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 18. bis 21. August 2015 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bejahen. 9.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Unfall vom 12. Mai 2015 seine kausale Bedeutung für die Rückenproblematik des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Juli 2015 durch die Beschwerdegegnerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit noch nicht verloren hatte bzw. das Fehlen eines natürlichen Kausalzusammenhangs nicht dargetan ist. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge Leistungen über den 30. Juni 2015 hinaus zu erbringen, wobei sie insbesondere auch für die Kosten der Hospitalisation in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 18.

bis 21. August 2015, inklusive der Sequesterektomie L4/5, aufzukommen hat. Das Datum der definitiven Leistungseinstellung ist damit wieder offen und wird von der Beschwerdegegnerin neu festgelegt werden müssen.

E. 10

10.1 Im Sinn dieser Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 12. November 2015 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. 10.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 12. November 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die gesetzlichen Leistungen im Sinne der Erwägungen zu erbringen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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