

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/30 vom 17. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_30

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/30 du 17 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/30 del 17 ottobre 2019

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung einer traumatisch verursachten Diskushernie und einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Bejahung einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes nach einer traumatischen Schmerzverursachung durch Zerrung bzw. Distorsion. Erreichen des Status quo sine vel ante bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Oktober 2019, UV 2018/30).

Volltext

Entscheid vom 17. Oktober 2019 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2018/30 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. April 1991 als Entwicklungsingenieur bei der B.____ AG, Uzwil, tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Suva-act. I/2, Suva-act. II/1). Am 19. Dezember 2008 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall des Versicherten vom 31. Mai 2006 (Suva-act. I/2). Am 12. Februar 2009 schilderte dieser gegenüber der Suva, er sei beim Einladen von Gepäck in den Kofferraum eines Mietautos leicht ausgerutscht und mit dem schweren Gepäck nach vorne weggerutscht. Dabei habe er einen "Zwick" im Rücken verspürt (Suva-act. I/7). Das am 26. November 2008 in der Rodiag Diagnostic Centers C.____ erstellte MRI zeigte eine ausgeprägte Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger subligamentärer Hernierung der Bandscheibe L5/S1 mit vorwiegend linksrecessaler, aber auch vor allem foraminärer Einengung linksseitig durch die Bandscheibe, teils durch Hypertrophie des Intervertebralgelenks bei Spondylarthrose bedingt mit wahrscheinlich intermittierender Nervenwurzelirritation L5 im foraminalem und S1 im recessalen Anteil. Ferner bestand eine minime Protrusion L1/S1 mit leichter Eindellung des Duralschlauchs auf dieser Höhe, jedoch ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression (Suva-act. I/5-3). In einer ärztlichen Beurteilung vom 17. Februar 2009 befand Suva-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, dass die radiologisch erhobenen Veränderungen degenerativer Natur seien und das Ereignis vom 19. Dezember 2008 höchstens eine vorübergehende Verschlimmerung derselben bewirkt habe; der Status quo sine sei wenige Monate nach dem Ereignis wieder erreicht gewesen (Suva-act. I/8). Mit Verfügung vom 25. März 2009 lehnte die Suva ihre Leistungspflicht mangels eines sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen den gemeldeten Rückenbeschwerden

und dem Unfallereignis vom 31. Mai 2006 ab (Suva-act. I/11). Aufgrund der Schilderung eines Sturzes in der Einsprache vom 31. März 2009 (Suva-act. I/12) änderte die Suva in teilweiser Gutheissung der Einsprache die Verfügung vom 25. März 2009 ab, indem sie gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 17. Februar 2009 einen Anspruch auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen bis zum 31. Mai 2007 anerkannte (Suva-act. I/20). Der Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 12. August 2015 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Bagatellunfall des Versicherten vom 27. Juli 2015 mit einer Stauchung der Wirbelsäule und folgendem Sachverhalt: "Er hatte für eine Geschäftsreise ein Taxi auf 7.25 bestellt. Als dieses nach mehrmaligem Anrufen auf der Zentrale endlich um 7.40 erschien, warf er vor Aufregung den grossen Koffer in den Kofferraum des Taxis, welches auf dem regulären Weg den Flug zum Zug (richtig wohl: den Zug zum Flug) nicht mehr erreicht hätte. Bei der heftigen Bewegung, bei der er fast umgefallen wäre, erfolgte eine Verletzung im unteren Rücken. Der Schmerz stieg an, so dass er zwar noch reisen konnte, aber nach dem ersten Arbeitstag in E. ___ in F. ___ nicht mehr schlafen konnte und dann schliesslich zum Arzt ging." (Suva-act. II/1). Mit Schreiben vom 14. August 2015 sprach die Suva dem Versicherten Leistungen für Heilbehandlungen zu. Taggelder wurden mangels einer Arbeitsunfähigkeit keine zugesprochen (Suva-act. II/2). Am 20. Mai 2016 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Rückfall des Versicherten zum Unfall vom 27. Juli 2015 mit einer im wesentlichen gleichlautenden Sachverhaltsbeschreibung, wie derjenigen vom 12. August 2015. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass der Versicherte gegen den Kofferraum gefallen sei (Suva-act. II/6). Mit Schreiben vom 30. Mai 2016 teilte die Suva dem Versicherten in Bezug auf die Rückfallmeldung die Durchführung von Abklärungen mit (Suva-act. II/7). Nach Einholung verschiedener ärztlicher Berichte (Arztzeugnis UVG vom 8. Juni 2016 von Dr. med. G. ___, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, Gruppenpraxis H. ___, mit Bestätigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2016 [Suva-act. II/13; vgl. auch Suva-act. II/14]; Bericht von Dr. med. I. ___, Allgemeine Innere Medizin, vom 21. Juni 2016 [Suva-act. II/15]; Untersuchungsbericht von Dr. med. J. ___, Rheumaerkrankungen und Schmerztherapie, Sportmedizin, vom 4. September 2015 [Suva-act. II/20]; Bericht von Dr. med. K. ___, Leitender Arzt, und L. ___, Assistenzärztin, beide Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 28. Juni 2016 [Suva-act. II/21]; Untersuchungsbericht der Rodiag vom 4. Mai 2016 [Suva-act. II/29]) und Durchführung einer Besprechung mit dem Versicherten am 19. August 2016 (Suva-act. II/32) legte die Suva den Schadenfall ihrer Kreisärztin med. pract. M. ___, Fachärztin für Chirurgie, zur Beurteilung vor. Diese stellte am 23. August 2016 fest, das Trauma vom 27. Juli 2015 sei allenfalls geeignet gewesen, eine zeitlich limitierte Verschlimmerung hervorzurufen, die heutigen Beschwerden stünden jedoch nicht im geforderten überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang mit dem Bagatelltrauma vom 27. Juli 2015. Es fehlten insbesondere im MRT jegliche Zeichen auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion (Suva-act. II/34). Die Suva eröffnete dem Versicherten darauf mit Verfügung vom 30. August 2016, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2015 und den als Rückfall gemeldeten Rückenbeschwerden bestehe und die Suva demzufolge nicht leistungspflichtig sei (Suva-act. II/36). Mit Eingabe vom 3. Oktober 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw C. Hasler, Angestellte Schweiz, Olten, gegen die Verfügung vom 30. August 2016 Einsprache. Die Rechtsvertreterin beantragte unter anderem, es sei festzustellen, dass es sich bei den per 2. Mai 2016 gemeldeten Beschwerden nicht um einen Rückfall, sondern weiterhin um den

Grundfall betreffend das Unfallereignis vom 27. Juli 2015 handle, und es seien dem Versicherten für die Beschwerden ab 2. Mai 2016 weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen aufgrund des Unfallereignisses vom 27. Juli 2015 auszurichten (Suva-act. II/41). Nach einer neuerlichen Beurteilung von med. pract. M.____ vom 13. Oktober 2016 (Suva-act. II/46) eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 15. November 2016, dass sie die Verfügung vom 30. August 2016 aufhebe und das Einspracheverfahren bezüglich der Einsprache vom 3. Oktober 2016 als formlos abgeschlossen betrachte. Die Leistungspflicht sei neu beurteilt worden. Gemäss Beurteilung von med. pract. M.____ vom 13. Oktober 2016 sei ihre Zuständigkeit längstens für sechs Monate nach dem Trauma anzunehmen bzw. der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, spätestens am 31. Januar 2016 wieder erreicht gewesen. Ein Anspruch auf weitere Leistungen sei abzulehnen und die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. II/49). Mit Eingabe vom 13. Dezember 2016 liess der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin gegen die Verfügung vom 15. November 2016 Einsprache erheben (Suva-act. II/55) und dazu eine E-Mail von Dr. K.____ vom 29. September 2016 (Suva-act. II/55-14) sowie eine Zahlungsbestätigung von N.____, Physiotherapiezentrum O.____, vom 15. Dezember 2016 einreichen. N.____ bestätigte, dass die Kosten der Behandlung des Versicherten vom 21. März bis 2. Mai 2016 in Höhe von Fr. 465.70 von der Suva bezahlt worden seien (Suva-act. II/55-16). Mit Einspracheentscheid vom 9. März 2018 wies die Suva die Einsprache vom 13. Dezember 2016 ab (Suva-act. II/61). Gegen den Einspracheentscheid vom 9. März 2018 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 25. April 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, aufgrund der Unfälle vom 31. Mai 2006 und 27. Juli 2015 die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die Beschwerden ab dem 2. Mai 2016 zu erbringen. Eventualiter sei ein ärztliches Gutachten zu veranlassen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 9. März 2018 (act. G 3). Mit Replik vom 1. Juli 2018 beantragte der Beschwerdeführer ergänzend Versicherungsleistungen für eine beim Unfall vom 31. Mai 2006 erlittene Schulterverletzung rechts (act. G 5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 17. Juli 2018 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik. Sie wies jedoch darauf hin, dass der neu thematisierte Schulterschaden rechts aus dem Jahr 2006 nicht Gegenstand des vorinstanzlichen Einspracheverfahrens gewesen sei und somit im vorliegenden Prozess nicht zur gerichtlichen Beurteilung vorgetragen werden könne (act. G 7). In der Folge reichte der Beschwerdeführer verschiedene Schreiben bzw. Unterlagen ein (act. G 9, G 11, G 13). Erwägungen 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, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2006 und 2015 zur Diskussion stehen (vgl. zum eigentlichen Anfechtungsgegenstand nachfolgende Erwägung 3), die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen

und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anders bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Wenn die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, sobald der Unfall nicht mehr 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. Ebenso wie der leistungsbegründende 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 (vgl. Erwägung 2.1). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, E. 3b). Im Rahmen der zu prüfenden Frage, ob die Leistungspflicht dahingefallen ist, genügt es für die Bejahung des Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt, wobei ein Rückfall einen besonderen revisionsrechtlichen Tatbestand im Sinn von Art. 22 UVG darstellt (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheimer Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Weil der Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst, kann er eine Leistungspflicht des damaligen Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim

versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (BGE 129 V 181 E. 3.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin basiert insbesondere auf der kreisärztlichen Beurteilung von med. pract. M.____ vom 13. Oktober 2016 (Suva-act. II/46). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee mit Hinweis). Der Umstand, dass med. pract. M.____ ihre Beurteilung aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht ihrem Beweiswert nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2007, U 224/06, E. 3.5 mit Hinweisen). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 9. März 2018 (Suva-act. II/61). Diesem liegt die Verfügung vom 15. November 2016 (Suva-act. II/49) zu Grunde. Die Beschwerdegegnerin stellte darin die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2016 mangels Vorliegens weiterdauernder kausaler Folgen des Unfalls vom 27. Juli 2015 ein. Der Unfall vom 31. Mai 2006 (Suva-act. I/1-23) bzw. ein Rückfall oder Spätfolgen betreffend diesen Unfall bildeten nicht Gegenstand der Verfügung. Die Verneinung weiterer Leistungsansprüche des Beschwerdeführers per 31. Januar 2016 ist damit nur in Bezug auf den Unfall vom 27. Juli 2015 zu prüfen. Ebenfalls nicht Gegenstand der Verfügung vom 15. November 2016 bildete eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit einer Schulterverletzung rechts des Beschwerdeführers. Diese wird zudem laut Replik vom 21. Januar 2019 (act. G 11) von ihm selbst als Folge des Unfalls vom 31. Mai 2006 betrachtet, der - wie gesagt - ohnehin nicht Gegenstand der Verfügung bildete. Auf die vom Beschwerdeführer erstmals im Beschwerdeverfahren sinnigermäss gestellten Anträge, die Beschwerdegegnerin habe über den 31. Januar 2016 hinaus, insbesondere ab Mai 2016, weitere Versicherungsleistungen für den Unfall vom 31. Mai 2006 und für eine Schulterverletzung rechts zu erbringen, kann demnach im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingetreten werden. Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin in Folge der Schadenmeldung vom 12. August 2015 (Suva-act. 1) unbestrittenermassen eine Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 27. Juli 2015

bzw. der gemeldeten Rückenbeschwerden und erbrachte Versicherungsleistungen (Suva-act. II/2). Am 20. Mai 2016 meldete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin einen Rückfall zum Ereignis vom 27. Juli 2015 (Suva-act. II/6). Diesbezüglich kündigte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer weitere Abklärungen an, anerkannte also vorerst keine Leistungspflicht (Suva-act. II/7 ff.). In der Folge zog sie verschiedene ärztliche Unterlagen bei (Suva-act. II/13, 15, 20 f., 29). Diese wiesen beim Beschwerdeführer die Exazerbation einer Lumbago aus (Suva-act. II/15), bestätigten neu eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 2. Mai 2016 (Suva-act. II/13) und zeigten radiologisch vor allem eine geschädigte LWS (Suva-act. II/29). Med. pract. M. _____ sprach diesen Beschwerden in ihrer Beurteilung vom 23. August 2016 jeglichen traumatischen Charakter ab (Suva-act. II/34). Mit Verfügung vom 30. August 2016 verneinte die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der als Rückfall gemeldeten Rückenbeschwerden sodann von Grund auf eine Leistungspflicht, indem sie einen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 27. Juli 2015 als nicht gegeben erachtete (Suva-act. II/36). Der Beschwerdeführer erhob gegen diese Verfügung mit Eingabe vom 3. Oktober 2016 Einsprache (Suva-act. II/41), womit ein Einspracheverfahren eröffnet wurde und die Verfügung nicht in Rechtskraft erwuchs. Mit der für das vorliegende Beschwerdeverfahren massgeblichen Verfügung vom 15. November 2016 (Suva-act. II/49; vgl. Erwägung 3) hob die Beschwerdegegnerin sodann die die Rückfallmeldung vom 20. Mai 2016 betreffende Verfügung vom 30. August 2016 auf, betrachtete das diesbezügliche Einspracheverfahren als formlos abgeschlossen und prüfte ihre Leistungspflicht offenkundig neu unter dem Aspekt eines fortdauernden Grundfalls. So stellte sie fest, dass sie für die Folgen des Unfalls vom 27. Juli 2015 die gesetzlichen Leistungen erbracht habe, sah jedoch den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch den Unfall (nur) vorübergehend als verschlimmert an und betrachtete fortdauernde Rückenbeschwerden per 31. Januar 2016 nicht mehr als unfallbedingt. Die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der Unfallkausalität bezüglich der Rückenbeschwerden per Leistungseinstellungszeitpunkt hat damit die Beschwerdegegnerin zu tragen (vgl. Erwägung 2.2). Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass diese Beweislastregel ohnehin erst Platz greifen würde, wenn es sich - anders als im vorliegenden Fall (vgl. nachfolgende Erwägung 5) - als unmöglich erwiese, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S.4. 55). Zu prüfen ist zunächst, ob der Unfall vom 27. Juli 2015 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ab 1. Februar 2016 nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache der fortdauernd geklagten Rückenbeschwerden darstellte. Eine Diskushernie bzw. ein Bandscheibenvorfall/-schaden und folglich auch eine Diskusprotrusion ist im Regelfall eine degenerative Erkrankung der Wirbelsäule. Sie kann hingegen im Ausnahmefall auch Folge eines Traumas sein (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 878 ff.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 210; 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). Ist es durch den Unfall zu einer Diskushernie und damit zu einem neuen strukturellen Gesundheitsschaden gekommen, ist die natürliche Kausalität gegeben und bleiben die damit zusammenhängenden Beschwerden bis zur

(allenfalls operativen) Heilung der Diskushernie selbstredend unfallkausal. Hat der Unfall hingegen keine Diskushernie oder Diskusprotrusion verursacht, kann diese nur im Rahmen eines degenerativen Prozesses entstanden sein. In diesem Fall können unfallkausale Verletzungsfolgen und damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nur bejaht werden, wenn es durch den Unfall zu einer richtungsgebenden oder vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie gekommen ist. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Die Dauer der Leistungspflicht entspricht in einem solchen Fall derjenigen bei einer neuen unfallbedingten Diskushernie. Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert sodann auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Einwirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen. Die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden aber nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehenden Beeinträchtigungen zu erbringen. Als Beispiele dafür gelten insbesondere auch durch einen Unfall ausgelöste Diskushernien (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E.1; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S.55 f.). Für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung stellt insbesondere der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall eine bedeutende Beweisgrundlage dar (vgl. dazu auch BGE 134 V 121 E. 9, BGE 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Med. pract. M.____ weist in ihrer Beurteilung vom 13. Oktober 2016 darauf hin, dass bereits die in der C.____ am 26. November 2008 und damit viele Jahre vor dem Unfall vom 27. Juli 2015 durchgeführte vertebro-spinale Kernspintomographie (Th12-S3) mehrsegmentale Diskushernien gezeigt habe (act. G 1.4). In ihrer Beurteilung vom 23. August 2016 hatte sie zudem festgestellt, dass es im MRI vom 4. Mai 2016 (Suva-act. II/29) an jeglichen Zeichen für eine neue unfallbedingte strukturelle Läsion fehlen würde (Suva-act. II/34). Die Korrektheit der kreisärztlichen Feststellungen ergibt sich aus den in den jeweiligen radiologischen Untersuchungsberichten angeführten Befunden und einem Vergleich derselben. Wie im MRI vom 4. Mai 2016 waren bereits in demjenigen vom 26. November 2008 die Osteochondrose L5/S1 mit begleitender Spondylose L5/S1 mit Diskusprotrusion bzw. Hernierung der Bandscheibe L5/S1 mit linksrecessaler und foraminaler Einengung sowie eine Diskusprotrusion L5/S1 sichtbar. Eine Verursachung der genannten Gesundheitsschäden durch den Unfall vom 27. Juli 2015 fällt damit zum Vornherein ausser Betracht. Neu lässt sich dem Bericht über die MRI-Untersuchung vom 4. Mai 2016 einzig eine Diskushernie L4/5 mit einer foraminalen Kompression der Nervenwurzel L4 links entnehmen. Die genannte Kompression wird als einziger Befund in der Beurteilung erwähnt und damit offensichtlich allein als Beschwerden verursachend betrachtet. Dass jedoch der

Beschwerdeführer auch diese mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht beim Unfall vom 27. Juli 2015 erlitten hat, ist mit der Feststellung von med. pract. M.____ - degenerative Veränderungen, die 2008 bereits bestanden hätten, seien im Laufe von weiteren acht Jahren bis Mai 2016 nicht rückläufig, sondern tendenziell progredient und genau dieses Bild zeige sich auch beim Beschwerdeführer - hinreichend erklärt (vgl. dazu auch Debrunner, a.a.O., S. 848 ff.). Aus den Akten ergeben sich keine überzeugenden Hinweise darauf, dass ausgerechnet die Diskushernie L4/5 losgelöst von den übrigen vorbestehenden strukturellen Gesundheitsschäden als unfallbedingt betrachtet werden müsste. Zum Bild einer im Rahmen eines degenerativen Prozesses entstandenen Diskushernie in einem weiteren Wirbelsäulensegment passt - wie von med. pract. M.____ ebenfalls einlässlich und nachvollziehbar dargelegt -, dass es sich bereits bei den 2008 radiologisch erhobenen Befunden offensichtlich um anlagebedingte degenerative Gesundheitsschäden und nicht um solche vom Beschwerdeführer beim früheren Unfall vom 31. Mai 2006 (Suva-act. I/2) erlittene gehandelt hat (Suva-act. II/46-5 f.). Entsprechend wurde damals nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes ausgegangen (vgl. Einspracheentscheid vom 9. Juli 2009 [Suva-act. I/20]). Der Umstand, dass bereits die 2008 zur Darstellung gelangten Diskushernien bzw. Diskusprotrusionen im Zusammenhang mit einer Osteochondrose und Spondylose genannt worden sind, zementieren das Gesagte zusätzlich, da es sich bei diesen Beschwerdebildern uneingeschränkt nicht um primäre Unfallverletzungen handeln kann (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 1320, 1701; Debrunner, a.a.O., S. 490, 848 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1379, 1737). Kreisärztin med. pract. M.____ schliesst sodann in ihrer Beurteilung vom 13. Oktober 2016 eine traumatisch verursachte Diskushernie L4/5 einleuchtend auch angesichts der Ungeeignetheit des Unfallereignisses vom 27. Juli 2015 sowie der unfallnahen Beschwerdesymptomatik aus. Nach der Rechtsprechung kann eine Diskushernie bzw. ein Bandscheibenvorfall nur dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Vorausgesetzt wird weiter, dass die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190, Nr. U 379 S. 192; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, teilweise publiziert in AJP 2006 S. 877 ff.). Ein Unfall ist nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (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.). Fallbezogen in Übereinstimmung mit den Akten führt med. pract. M.____ aus, dass der Beschwerdeführer laut eigener Unfallschilderung vom 19. August 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin (Suva-act. II/32) einen Koffer mit einem Gewicht zwischen 15 und 18 kg in den Kofferraum eines Taxis heben wollen. Er habe den Hebevorgang jedoch stoppen müssen, da er im Kofferraum einen Kindersitz gesehen habe. Dadurch sei es zu einem Anprall am Heck des Taxis gekommen. Der Beschwerdeführer beschrieb damit nicht ansatzweise einen für eine traumatisch bedingte Bandscheibenschädigung gemäss Erwägung 5.4.2 vorausgesetzten schwerwiegenden axialen Unfallmechanismus. Zum Auftreten der

Beschwerdesymptomatik in zeitlicher Hinsicht hat der Beschwerdeführer am 19. August 2016 ausgeführt, er habe sofort nach dem Unfall Rückenbeschwerden verspürt und sei dann mit dem Taxi zum Flughafen gefahren. Im Flugzeug nach F.____ seien leichte Rückenbeschwerden vorhanden gewesen und dort angekommen seien die Rückenbeschwerden erträglich gewesen. Am 28. Juli 2015 habe er die Arbeit aufgenommen. An diesem Abend hätten sich die Schmerzen im Bett verstärkt und zudem ins linke Bein bis hin zum Unterschenkel ausgestrahlt. Am dritten Tag nach dem Unfall habe er einen Arzt konsultiert. Er habe jedoch trotz Schmerzen auch am 30. Juli 2015 und wieder am Montag bei der B.____ AG (3. August 2015) gearbeitet. Dort habe er dann die Sanitätsabteilung und am 3. August 2015 erstmals die Gruppenpraxis H.____ aufgesucht bzw. Dr. G.____ konsultiert. Eventuell sei er zwei Tage arbeitsunfähig gewesen, er sei sich jedoch nicht mehr sicher. Die von Dr. G.____ laut Arzzeugnis UVG für Rückfall vom 8. Juni 2016 am 3. August 2015 erhobene Beschwerdesymptomatik beschränkte sich auf einen Schmerz beim Aufstehen aus dem Sitzen. Eine Radikulopathie wurde nicht beschrieben (Suva-act. II/13). Bis zum 2. Mai 2016 ist sodann keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aktenkundig (Suva-act. II/13 f.). Auch vor dem Hintergrund des dargestellten Beschwerdeverlaufs besteht kein Anlass, daran zu zweifeln, dass der Unfall vom 27. Juli 2015 nicht zu einer Diskushernie geführt hat. Die Tatsache, dass Dr. G.____ im Arzzeugnis UVG für den geltend gemachten Rückfall vom 8. Juni 2016 (Suva-act. II/13) und Dr. K.____ bzw. L.____ im Versicherungsbericht vom 28. Juni 2016 (Suva-act. II/21) in Bezug auf die erhobenen Befunde das Vorliegen von Unfallfolgen bejaht haben, vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die Bejahung einer Unfallkausalität erfolgte von beiden ohne jegliche Begründung, womit ihren Feststellungen kein Beweiswert zukommt. Den Akten sind schliesslich keine weiteren ärztlichen Aussagen zu entnehmen, welche in Widerspruch zur Verneinung einer unfallbedingten Diskushernie stünden. Dr. J.____, Dr. I.____ sowie Dr. K.____ bzw. L.____ stellten in ihren Berichten vom 4. September 2015 (Suva-act. II/20), 21. und 28. Juni 2016 (Suva-act. II/15) die Diagnosen subakutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, akute Exazerbation einer chronischen Lumbago bzw. Lumobischialgie L4/5 linksseitig. Mit diesen Diagnosen wird von den Ärzten im Regelfall nur das Beschwerdebild fassbar gemacht. Belegt wird demzufolge lediglich, dass der Patient Schmerzen in der Lumbalregion aufweist. Die Rückenschmerzen können ganz unterschiedliche Ursachen haben. Gerade die Lumbago ist jedoch typisch für die im vorliegenden Fall degenerativ bedingte Diskushernie (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 860 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1791; Psyhyrembel S. 1071, 1756). Für die Annahme einer spezifisch traumatischen Schmerzursache wird demzufolge zusätzlich eine für die Lumbalgie unfallspezifische, organisch begründbare Ursache in Form einer strukturellen Läsion bzw. einer schlecht verheilten strukturellen Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Wie in Erwägung 5.3 dargelegt, konnte im konkreten Fall radiologisch keine solche Läsion objektiviert werden. Der von Dr. I.____ verwendete Zusatz "chronisch" zementiert das Nichtvorliegen einer organischen Unfallrestfolge zusätzlich. Der Begriff "chronisch" steht dem Begriff "traumatisch" entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch "langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend" (Psyhyrembel, a.a.O., S. 335). Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 27. Juli 2015 keine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung erlitten hat. Ebenso zu verneinen ist eine richtungsgebende Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen

Gesundheitsschäden. Die anlässlich der MRT-Untersuchung der LWS vom 4. Mai 2016 erhobenen Befunde (Suva-act. II/29) weisen nicht darauf hin, dass sich der degenerative Zustand im Zeitpunkt des Unfalls massiv verändert hätte. Die im MRT-Untersuchungsbericht bezüglich der einzelnen Segmente beschriebenen Schweregrade ("etwas", "höhergradig", "leicht"; Suva-act. II/29) korrelieren grundsätzlich mit denjenigen der vertebro-spinalen Kernspintomographie vom 26. November 2008 ("ausgeprägt", "minim", "leicht"; act. G 1.4). Die Entstehung der Diskushernie L4/5 ist sodann ohne die Erwägung einer richtungsgebenden Verschlimmerung rein degenerativ erklärbar (vgl. Erwägung 5.3). Im Übrigen sprach selbst Dr. K. ___ in der E-Mail vom 29. September 2016 im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.8) nur von einem finalen Impuls zur Auslösung der Beschwerden. Der Impuls sei auf eine schon zuvor degenerativ veränderte Wirbelsäule getroffen. Die bereits vorliegende Degeneration der Wirbelsäule sei die Voraussetzung zu diesem Verlauf gewesen. Das MRT weise eine degenerative Affektion der Wirbelsäule nach. Traumatische Veränderungen sehe er keine (Suva-act. II/55-14). Wie bereits geschildert (vgl. Erwägung 5.2), kann ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall übernimmt die Unfallversicherung lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Demgemäss hielt med. pract. M. ___ in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 13. Oktober 2016 fest, dass die Zuständigkeit und damit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für sechs Monate im Rahmen einer zeitlich limitierten Verschlimmerung anzunehmen sei (Suva-act. II/46). Angesichts des vom Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 19. August 2016 beschriebenen Traumas ohne direkte stumpfe Einwirkung auf den Rücken (Suva-act. II/32) und ohne Zeichen einer traumatisch bedingten strukturellen Läsion (vgl. Erwägung 5.3 ff.) lässt sich beim Beschwerdeführer (höchstens) von einer am 27. Juli 2015 erlittenen Zerrung bzw. Distorsion im Bereich der LWS ausgehen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr, abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.6; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E.2.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). In den medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 101, hält der Autor Erich Bär, Facharzt für Chirurgie FMH, sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzungen zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin (Erich Bär, Prellung und Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. Ein Update, a.a.O., S. 100 ff.). Insofern geht eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustands im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall mit einer stetigen Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils einher (vgl. dazu Erich Bär/Bertrand Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. In Medizinische Mitteilung der Suva Nr. 67 [1994], S. 45). Schliesslich spricht der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen sowie eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit bestehen, nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen bzw. eine andauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt

keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Diesfalls können anhaltende Beschwerden mit unfallfremden Befunden, beispielsweise degenerativer Art, erklärt werden. Die Rechtsprechung hat also im Falle traumatisch ausgelöster Wirbelsäulenpathologien den konkreten medizinischen Beleg des natürlichen Verlaufs durch eine richterliche Vermutung, die sich ihrerseits auf die medizinische Literatur stützt, ersetzt. Nach dieser sind keine Gründe ersichtlich, derentwegen die Richtigkeit der Beurteilung von med. pract. M.____ - bezüglich der durch das Trauma eingetretenen Beschwerdesituation im Bereich der degenerativen Vorzustände im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung derselben sei von einer maximal sechsmonatigen Heilungsdauer und einem entsprechenden Status quo sine auszugehen - in Zweifel zu ziehen wäre. Weiterer medizinischer Erklärungen dazu bedurfte es nicht. Wie gesagt, wird der Beweis des Dahinfallens von Unfallfolgen bzw. einer unfallbedingten vorübergehenden Verschlimmerung einer degenerativen Wirbelsäulenpathologie unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungssätze geführt, die der herrschenden Lehrmeinung entsprechen. Zwar ist einzuräumen, dass sich medizinische Erfahrungssätze auf den Regelfall beziehen, 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. Fest steht, dass die von med. pract. M.____ angenommene sechsmonatige Heilungsdauer ohne Weiteres dem Zeitrahmen des Regelfalls entspricht. Hinweise auf einen Ausnahmefall sind den Akten keine zu entnehmen. Med. pract. M.____ bezeichnet das Unfallereignis vom 27. Juli 2015 nachvollziehbar als Bagatelltrauma. Laut Arztzeugnis UVG vom 8. Juni 2016 erhob Dr. G.____ anlässlich ihrer Erstbehandlung vom 3. August 2015 keine schwerwiegenden, sondern vielmehr nur leichte Befunde und auch unmittelbar nach dem Unfall hatte sich offensichtlich beim Beschwerdeführer keine Beschwerdesymptomatik entsprechend einer bedeutsamen Weichteilverletzung gezeigt. Kurze Zeit nach dem Unfall vermochte der Beschwerdeführer am Flughafen den Gepäckwagen mit seinem Koffer selber zu schieben und verspürte lediglich leichte Rückenbeschwerden. Danach absolvierte er einen rund vierstündigen Flug, woraufhin die Rückenbeschwerden immer noch erträglich waren und nahm am Tag nach dem Unfall in F.____ seine Arbeit auf. Am Abend des 28. Juli 2015 verspürte er offenbar im Bett verstärkt Rückenschmerzen, vermochte jedoch an den nächsten zwei Tagen erneut zu arbeiten und schliesslich am 31. Juli 2015 in die Schweiz zurückzufliegen. Angeblich hatte zwar der Beschwerdeführer wegen Rückenbeschwerden am dritten Tag nach dem Unfall in F.____ einen Arzt aufgesucht, doch ist hinsichtlich dieser Arztkonsultation nichts dokumentiert (vgl. Suva-act. II/32). Die Beurteilung, wonach die vom Beschwerdeführer am 27. Juli 2015 erlittene Verletzung spätestens per 31. Januar 2016 als abgeheilt zu betrachten ist, findet insbesondere auch im weiteren zeitlichen Ablauf ihre Grundlage. Laut Arztzeugnis UVG vom 8. Juni 2016 verordnete Dr. G.____ dem Beschwerdeführer am 3. August 2015 Medikamente sowie eine Physiotherapie für neun Behandlungen (Suva-act. II/3, II/13). Am 18. August 2015 führte Dr. J.____ beim Beschwerdeführer eine interventionelle Behandlung durch, wobei er im Untersuchungsbericht feststellte, dass die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibe (Suva-act. II/20). Am 31. August 2015 stellte Dr. G.____ - wie von Dr. J.____ am 18. August 2015 empfohlen (Suva-act. II/20) - eine weitere Physiotherapieverordnung für neun Behandlungen aus (Suva-act. II/4). Bis zu einer dritten, am 21. März 2016 durch Dr. G.____ ausgestellten Physiotherapieverordnung (Beginn am 23. März 2016; vgl. Suva-act. II/5, II/32) sind

sodann keine therapeutischen Massnahmen mehr aktenkundig. Der Beschwerdeführer gab zwar am 19. August 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin an, eine dritte Physiotherapieverordnung sei ihm bereits Ende Dezember 2015 ausgestellt worden, doch erklärte er auch, er habe diese wegen seiner Arbeit in P. ___ nicht umsetzen können. Ab März 2016 hätten die Beschwerden immer mehr zugenommen (Suva-act. II/32) Eine Arbeitsunfähigkeit ist in den Akten schliesslich erstmals ab 2. Mai 2016 im Zusammenhang mit einer im Mai eingetretenen akuten Exazerbation der Rückenbeschwerden (vgl. Suva-act. II/15) dokumentiert, also mehr als ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis (Suva-act. II/13 f.). Die Beschwerdesymptomatik zeigte die ersten Monate keine besonderen Auffälligkeiten, welche die Annahme einer längeren Heilungsdauer rechtfertigen würden. Vielmehr hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bereits während ein paar Monaten keine Therapien mehr wahrgenommen, was auf den typischen degressiven Verlauf, wie er in der Regel nach einer traumatischen Schmerzverursachung durch Zerrung bzw. Distorsion zu erwarten ist, hindeutet. Dass es sodann nach dem zuvor beschriebenen Verlauf im Mai 2016 zu einer Exazerbation der Beschwerdesymptomatik mit Durchführung einer MRT-Untersuchung am 4. Mai 2016 in der C. ___ (Suva-act. II/29) sowie Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Dr. I. ___ am 8. Mai 2016 (Suva-act. II/15) und Dr. K. ___ bzw. L. ___ am 16. Mai 2016 (Suva-act. II/21) kam, ist für eine traumatische Genese untypisch und kann mit dem Unfall vom 27. Juli 2015 nicht erklärt werden. In der Regel zeigt sich eine Beschwerdesymptomatik unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest in zeitlicher Nähe dazu am Stärksten. Nachfolgend schliesst - wie gesagt - der Heilungsprozess an, was in der Regel zu einer stetigen Beschwerdeabnahme führt. Wahrscheinlicher dürfte demgemäss sein, dass die Beschwerdezunahme degenerative Gründe hatte bzw. mit den vorbestehenden mehrsegmentalen Befunden, insbesondere der Diskushernie L4/5, im Zusammenhang stand (vgl. Erwägung 5.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Dahinfallen der Kausalität zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2015 und den geklagten Rückenbeschwerden ab 1. Februar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist und davon auszugehen ist, dass fortdauernde Rückenbeschwerden auf unfallfremde, insbesondere bereits vorhandene degenerative Faktoren, zurückzuführen sind. Die vorgenommene Leistungseinstellung ist damit nicht zu beanstanden, zumal die Akten keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdegegnerin bereits erbrachte Leistungen nach dem 31. Januar 2016 zurückfordern wollte (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2017, 8C_487/2017, E. 3.3.1). Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind in Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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