

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/78 vom 12. Februar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_78

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/78 du 12 février 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/78 del 12 febbraio 2020

Regeste

Art. 6 UVG: Unfall mit Kontusion der LWS. Verneinung eines unfallbedingten strukturellen Gesundheitsschadens im Bereich der LWS sowie einer richtungsgebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Diskushernie. Bejahung einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes im Sinne eines durch den Unfall ausgelösten Beschwerdeschubs. Dahinfallen der Kausalität zwischen dem Unfall und den über den Leistungseinstellungszeitpunkt fortdauernden Beschwerden ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Februar 2020, UV 2018/78).

Volltext

Entscheid vom 12. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2018/78 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Anstellung bei der B.____ AG bzw. durch den Bezug von Arbeitslosentaggeldern bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 13. September 2017 beim Anschliessen eines Kühlaggregats von der Leiter fiel und sich verletzte (Suva-act. 10; vgl. auch Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung fand am 14. September 2017 durch Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, statt, der nach einer Röntgenuntersuchung durch Dr. med. D.____, Fachärztin für Radiologie FMH, Radiologie E.____ (Suva-act. 3), eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) diagnostizierte und dem Versicherten ab 14. September 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. 11 f.). Am 21. September 2017 begab sich der Versicherte auf Zuweisung von Dr. C.____ wegen sehr starker Rückenschmerzen in den Notfall der Klinik F.____ (Suva-act. 13). Am 26. September 2017 wurde bei ihm, ebenfalls in der Klinik F.____, durch Dr. med. G.____, Facharzt Radiologie, eine MRI-Untersuchung der LWS durchgeführt, in welcher sich weder eine Fraktur noch eine Diskushernie, aber leichte Diskopathien L2/3 bis L4/5 mit Anulus fibrosus-Rissen ohne Nervenkompression sowie mässige Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 zeigten (Suva-act. 34). Der Versicherte wurde darauf am 28. September 2017 durch Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Klinik F.____, untersucht, der einen Status nach LWS-Kontusion nach Leitersturz am 13. September 2017 diagnostizierte und beim Versicherten eine peridurale Infiltration durchführte (Suva-act. 36). Am 12. Oktober 2017 wurde beim Versicherten in der Klinik F.____ durch Dr. med. I.____, Facharzt Radiologie,

nochmals eine Röntgenuntersuchung der LWS durchgeführt (Suva-act. 33). Wie bereits in der Röntgenuntersuchung vom 14. September 2017 (Suva-act. 3) konnte keine Fraktur der Lendenwirbelkörper (LWK) nachgewiesen werden. Am 17. und 27. November 2017 reichte Dr. H.____ der Suva ärztliche Zwischenberichte ein (Suva-act. 26, 29), welche eine fortdauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit auswiesen. In beiden Berichten diagnostizierte Dr. H.____ einen Status nach LWS-Kontusion nach Leitersturz am 13. September 2017 mit persistierendem, lumbosakralem Schmerzsyndrom, im Bericht vom 27. November 2017 (Suva-act. 29) unter zusätzlichem Vermerk einer Symptomausweitung. Ausserdem führte er als Diagnosen eine leichte Osteochondrose und Facettengelenksarthrose L3/4 und L4/5 auf. Laut Bericht vom 17. November 2017 war der Versicherte am 7. November 2017 mit einer Facettengelenksinfiltration L3/4 und L4/5 behandelt worden (Suva-act. 26). Nachdem die bis dahin durchgeführte analgetische Behandlung inklusive peridurale Infiltration und Facettengelenksinfiltration keine richtige Schmerzlinderung gebracht hatte, empfahl Dr. H.____ im Bericht vom 27. November 2017 neben einer analgetischen und antibiotischen Behandlung eine physikalische Therapie sowie eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) (Suva-act. 29). Mit Schreiben vom 20. November 2017 hatte die Suva ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 13. September 2017 anerkannt und die Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zugesichert (Suva-act. 21; vgl. auch Suva-act. 41). Mit Schreiben vom 6. Dezember 2017 beantragte Dr. H.____ bei der Suva für den Versicherten eine stationäre Rehabilitation bei ambulant, therapieresistenten Rückenschmerzen vor allem am lumbosakralen Übergang. Der Versicherte sei aufgrund seiner Beschwerden nach wie vor stark handicapiert und nicht arbeitsfähig. Mehrere Infiltrationen hätten nur kurzfristig zu einer Schmerzlinderung geführt (Sakralblock und Facettengelenksinfiltration L3/4 und L4/5). Auch die Physiotherapie (vgl. dazu Suva-act. 40) habe nur kurzfristig eine Besserung gebracht. Eine chirurgische Indikation bestehe bei radiologisch nachgewiesener leichter bis mässiger Spondylarthrose L3/4 und L4/5 mit nur minimalen Protrusionen ohne Hinweis für eine Radikulopathie nicht. Aufgrund des ambulanten eher frustrierenden Verlaufs werde zur baldigen stationären Rehabilitation geraten (Suva-act. 32). Am 5. Januar 2018 leitete die Suva den Schadenfall der internen Abteilung Versicherungsmedizin weiter, deren Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, in einer Beurteilung vom 8. Januar 2018 keine Läsionen feststellte und die Indikation für die empfohlene Rehabilitation verneinte. Vorerst sollte eine intensive ambulante Physiotherapie eingeleitet und die orale Schmerzmedikation fortgeführt und kontrolliert werden. Die Ursache der Beschwerden sei momentan unklar. Der Fall solle nach sechs Wochen oder 18 Einheiten Physiotherapie wieder vorgelegt werden (Suva-act. 37). Mit Schreiben vom 10. Januar 2018 überwies Dr. H.____ den Versicherten für eine rheumatologische Beurteilung an Dr. med. K.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, (Suva-act. 38). Dr. K.____ untersuchte den Versicherten am 15. Februar 2018 und diagnostizierte - bei Druckdolenzen und Bewegungsschmerzen vor allem der Segmente Th10-L1 - ein chronisches thorako-lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Leitersturz am 13. September 2017, muskulären Dysbalancen, segmentalen Dysfunktionen, kleiner Diskusprotrusion L2/3 und Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 (MRI vom 26. September 2017) (Suva-act. 43). Am 22. Januar 2018 hatte Dr. H.____ eine Physiotherapie-Verordnung für eine Langzeitbehandlung ausgestellt (Suva-act. 48). Am 21. Februar 2018 nahm er eine Nachkontrolle vor (Suva-act. 44). Auf Veranlassung von Dr. K.____ führte Dr. med. L.____, FMH Diagnostische Radiologie, Radiologie E.____, beim Versicherten am 19. Februar 2018 eine MRI-Untersuchung der Brustwirbelsäule (BWS)

durch (Suva-act. 46). Der Radiologe stellte eine diskrete Costovertebralarthrose mittleres/unteres BWS-Drittel, linksbetont, fest, erkannte ansonsten aber keine wesentlichen ossären degenerativen Veränderungen. Am 1. März 2018 attestierte Dr. H.____ dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 47). Nach dem Erhalt eines weiteren Berichts von Dr. H.____ vom 2. Mai 2018 (Suva-act. 52) legte die Suva den Schadenfall erneut Dr. J.____ vor. Nachdem dieser am 22. Mai 2018 erklärt hatte, der Status quo sine sei spätestens acht Monate nach dem Ereignis, also ab 13. Mai 2018, erreicht gewesen (Suva-act. 53), stellte die Suva mit Verfügung vom 31. Mai 2018 die Versicherungsleistungen per Verfügungsdatum mit der Begründung ein, die anhaltenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt (Suva-act. 56). Am 5. Juni 2018 gelangte auch Dr. med. M.____, Gesundheitspraxis N.____, mit einem Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation aufgrund therapieresistenter Lumbalgien an die Suva (Suva-act. 58). Mit Eingabe vom 12. Juni 2018 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 31. Mai 2018 Einsprache. Endlich sei im letzten MRI der Klinik F.____ die Ursache seiner Schmerzen gefunden worden, nämlich eine Bandscheibenprotrusion, welche auf den Unfall vom 13. September 2017 zurückzuführen sei (Suva-act. 61). Die Suva unterbreitete die Einsprache des Versicherten vom 12. Juni 2018 Dr. J.____ (Suva-act. 63), der in einer ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2018 die Festsetzung des Status quo sine per 13. Mai 2018 bestätigte (Suva-act. 64). Die Suva erliess daraufhin am 21. September 2018 einen ablehnenden Einspracheentscheid (vgl. Suva-act. 69; der Einspracheentscheid liegt nicht bei den Akten). Nachdem der Suva von Seiten des Versicherten mitgeteilt worden war, dass mit dem in der Einsprache genannten letzten MRI der Klinik F.____ nicht das MRI der BWS vom 19. Februar 2018, sondern ein von Dr. G.____ am 5. Juni 2018 durchgeführtes MRI der LWS gemeint gewesen sei (Suva-act. 68), holte die Suva den entsprechenden Untersuchungsbericht ein (Suva-act. 66). Sie legte ihn Dr. J.____ zur Beurteilung vor, der am 5. Oktober 2018 an seiner Beurteilung vom 20. Juli 2018 festhielt (Suva-act. 67). Am selben Tag widerrief sie den Einspracheentscheid vom 21. September 2018 (Suva-act. 69) und erliess am 18. Oktober 2018 erneut einen Einspracheentscheid mit Abweisung der Einsprache vom 12. Juni 2018 (Suva-act. 70). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 17. November 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, aufgrund des Unfalls vom 13. September 2017 über den 31. Mai 2018 hinaus Versicherungsleistungen zu erbringen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 18. Oktober 2018 (act. G 3). Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 5). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. Mai 2018. Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen

Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen; 117 V 376 E. 3a; André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 [nachfolgend: UVG-Kommentar]; Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6 [nachfolgend: Basler Kommentar]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. 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. 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 und 112 V 32 f. E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2; UVG-Kommentar, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6; Basler Kommentar, a.a.O., N 66, 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz 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 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58). Ist die Unfallkausalität im Grundfall einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dieser Beweis kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden (BGE 126 V 189 E. 4c; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Status quo sine zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Besteht im Bereich eines vom Unfall betroffenen Körperteils ein krankhafter oder degenerativer Vorzustand, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen

Verlauf eines krankhaften oder degenerativen Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (UVG-Kommentar, a.a.O., N 54 zu Art. 6; Basler Kommentar, a.a.O., N 71 zu Art. 6; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3. mit Hinweis). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Dieser schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung der Wegfall des Kausalzusammenhangs nicht wenigstens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, so hat dieser als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten des Unfallversicherers auswirkt (BGE 129 V 177 E. 3.1, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2.; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 54 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). 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. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von Dr. J.____ vom 22. Mai 2018 (Suva-act. 53), 20. Juli 2018 (Suva-act. 64) und 5. Oktober 2018 (Suva-act. 67). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Der Beschwerdeführer leidet seit dem Unfallereignis vom 13. September 2017 über den 31. Mai 2018 hinaus unter thorako-lumbalen Schmerzen. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse,

die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRI, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E.2 mit Hinweisen). Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch letzteren zu keinen neuen strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (UVG-Kommentar, a.a.O., N 54 zu Art. 6; Basler Kommentar, a.a.O., N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2015, 8C_484/2014, E. 2.1). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen bzw. ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber 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 das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusionsfolgen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; vgl. auch UVG-Kommentar, a.a.O., N 57 zu Art. 6; Basler Kommentar, a.a.O., N 72 zu Art. 6; Rumo-Jungo, a.a.O., S. 55 f.). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Schürfwunden, Prellmarken, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München/Jena 2003, S. 357). Die Unfallversicherung übernimmt die Leistungen bis zur Heilung dieser spezifischen Kontusionsfolgen und/oder - wie oben erwähnt - für den durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub. Nach dem Unfall fand die erste radiologische Untersuchung der LWS des Beschwerdeführers am 14. September 2017 durch Dr. D. ___ statt, wobei auf dem Röntgenbild eine flachbogige S-förmige skoliotische Fehlhaltung, keine direkten oder indirekten Frakturzeichen, geringe Facettengelenksarthrosen auf Höhe der caudalsten lumbalen Bewegungssegmente akzentuiert, keine signifikante Höhenminderung der interponierten Bandscheibenfächer und eine spondylophytäre Randkantenausziehung der caudalen thorakalen Wirbelkörper hinweisend auf einen Morbus Scheuermann zu sehen waren (Suva-act. 3). Die am 26.

September 2017 durch Dr. G.____ mittels MRI erstellten Bilder bestätigten das Fehlen von Frakturen. Es zeigten sich auch keine Diskushernien, jedoch leichte Diskopathien L2/3 bis L4/5 mit Anulus fibrosus-Rissen. Sichtbar waren ausserdem mässige Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 (Suva-act. 34). Am 12. Oktober 2017 wurde eine weitere Röntgenuntersuchung der LWS durch Dr. I.____ durchgeführt, der im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht Facettengelenksarthrosen LWK3 und caudalwärts sowie eine multisegmental leichte Osteochondrose festhielt (Suva-act. 33). Die BWS zeigte in der durch Dr. L.____ am 19. Februar 2018 vorgenommenen MRI-Untersuchung eine Spondylosis deformans kaudales BWS-Drittel, Punctum maximum BWK 11/12, eine diskrete Costovertebralarthrose mittleres/unteres BWS-Drittel, linksbetont, ansonsten jedoch keine Auffälligkeiten, also keine wesentlichen degenerativen Veränderungen, keine Zeichen einer stattgehabten Fraktur, kein Bone bruise, keine Diskushernie, keine Neurokompression, keine Spinalkanalstenose und keine Myelopathie (Suva-act. 46). Eine dritte Röntgenuntersuchung vom 5. Juni 2018 durch Dr. G.____ brachte im Vergleich zu den beiden früheren Röntgenuntersuchungen unveränderte Ergebnisse - eine leichte rechtskonvexe Lumbalskoliose und geringe linkskonvexe Skoliose am thorakolumbalen Übergang sowie leichte Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 - hervor (Suva-act. 66). Am selben Tag führte Dr. G.____ schliesslich nochmals eine MRI-Untersuchung der LWS durch, welche wiederum keine Fraktur, jedoch die bereits bekannten links posterolateralen Anulus-fibrosus-Risse L2/3 und L3/4 mit leichten, linksbetonten Bandscheibenprotrusionen bei Diskopathien L2/3-L4/5, ohne Neurokompression, zur Darstellung brachte (Suva-act. 66). Wie von Dr. J.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2018 (Suva-act. 64) überzeugend festgestellt, steht ausser Frage, dass die in Erwägung 4.1 genannten Röntgen- und MRI-Untersuchungsergebnisse keine organisch-strukturellen Unfallfolgen zeigten. Eine Arthrose kann definitionsgemäss keine primäre Unfallverletzung, sondern einzig eine degenerative Erkrankung sein. Sie kann zwar als unfallkausaler Gesundheitsschaden sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung - hauptsächlich nach einer ohne anatomisch exakte Reposition verheilten intraartikulären Fraktur - auftreten, entsteht aber in der Regel im Rahmen des normalen Alterungsprozesses oder durch Überbeanspruchung (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 700 f., S. 735; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 152 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134 f.). Im Falle des Beschwerdeführers konnten radiologisch keine intraartikulären Frakturen ausgemacht werden, womit kein Hinweis für eine sekundäre traumatische Arthrose besteht. Bei der Osteochondrose und Spondylose handelt es sich ebenfalls um häufige, im Rahmen eines Degenerationsvorgangs auftretende, mithin nicht traumatisch bedingte Veränderungen der Wirbelsäule. Die Osteochondrose und Spondylose können auch Begleiterscheinungen der Diskusprotrusion bzw. Diskushernie bilden (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 852 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 210, 1320; vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 4.2.2). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer sowohl im Bereich der LWS als auch der BWS in verschiedenen Segmenten Gesundheitsschäden aufweist, stützt das Bild einer umfassenden degenerativen und nicht traumatisch bedingten Situation. Die spondylophytäre Randzackenausziehung der caudalen thorakalen Wirbelkörper wurde sodann von Dr. D.____ als Hinweis auf einen Morbus Scheuermann gewertet, bei dem es sich gemäss medizinischer Literatur um eine Wachstumskrankheit der Wirbelsäule handelt (Debrunner, S. 821 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., 1647 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1604 f.). Schliesslich ist auch bei einer Skoliose im Regelfall von einer unfallfremden strukturellen Deformität der Wirbelsäule auszugehen, wenn - wie im konkreten Fall - kein Hinweis auf eine

traumatische Wirbelsäulendeformierung besteht (Debrunner, a.a.O., S. 827 ff.; Psyhyrembel, a.a.O., S: 1678; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1715). Beim Beschwerdeführer zeigten sich im Übrigen die Skoliose, die Facettengelenksarthrosen sowie die spondylophytären Randkantenausziehungen röntgenologisch bereits am 14. September 2017, d.h. einen Tag nach dem Unfall, womit insbesondere auch der zeitliche Aspekt gegen traumatische Verletzungsfolgen spricht. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers lässt sich auch bezüglich der im MRI-Untersuchungsbericht vom 5. Juni 2018 von Dr. G.____ aufgeführten Bandscheibenprotrusionen bei Diskopathien L2/3 bis L4/5 nicht von einer Unfallfolge im Sinne eines neuen unfallbedingten strukturellen Gesundheitsschadens ausgehen. Was Diskushernien und folglich auch Diskusprotrusionen angeht, entspricht es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien und Diskusprotrusionen (vgl. zu diesen Begriffen Debrunner, a.a.O., S. 778 ff. und 878 ff.) degenerativ entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen. Voraussetzung dafür ist in der Regel, dass das fragliche Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Das gleiche gilt grundsätzlich für eine richtungsgebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, wenn und soweit also durch den Unfall eine Diskushernie oder Diskusprotrusion früher bzw. beschleunigt zur Entwicklung gebracht wurde. Eine solche ist ausserdem grundsätzlich nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel nach einem Trauma aufzeigt. Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung muss radiologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. E. 3a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 25. November 2004, U 107/04, E.4.1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Die Voraussetzungen für eine unfallbedingte Diskusprotrusion bzw. richtungsgebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskusprotrusion sind im vorliegenden Fall - möglicherweise mit Ausnahme der Arbeitsunfähigkeit, auch wenn der Beschwerdeführer offenbar zumindest am Unfalltag noch weitergearbeitet hat (vgl. Suva-act. 13) - nicht erfüllt. (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 5.5). Eine besonders schwere Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule, die geeignet gewesen wäre, eine Diskusprotrusion zu verursachen, ist in Bezug auf die Ereignisschilderungen in den Schadenmeldungen UVG vom 3. und 25. Oktober 2017 (Suva-act. 1, 10; vgl. dazu auch Suva-act. 13-2: "Aktuelle Anamnese") und die von Dr. C.____ im Arzzeugnis UVG vom 31. Oktober 2017 diagnostizierte Kontusion der LWS nicht erstellt. Radikuläre Beschwerden bzw. Ausstrahlungen in die Beine werden sodann in den Arztberichten nicht beschrieben oder explizit verneint (Suva-act. 12; vgl. auch Suva-act. 26, 29, 36). Insbesondere auch radiologisch konnte (vgl. z.B. Suva-act. 66) keine Neurokompression erhoben werden. Schliesslich ist festzuhalten, dass offensichtlich keiner der untersuchenden Ärzte – Dr. C.____, Dr. H.____, Dr. K.____ und Dr. M.____ - eine unfallbedingte Diskusprotrusion in Erwägung gezogen hat. Die Möglichkeit einer traumatischen Ursächlichkeit wurde in keinem der aktenkundigen Arztberichte thematisiert. Nach dem Gesagten steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 13. September 2017 weder eine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung noch eine richtungsgebende Verschlimmerung des degenerativen

Vorzustandes erlitten hat. Wie bereits erwähnt, kann ein Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. Diesfalls übernimmt die Unfallversicherung jedoch nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (vgl. Erwägung 3.2). Wie gesagt, diagnostizierte Dr. C.____ anlässlich seiner Erstbehandlung vom 14. September 2017 eine Kontusion der LWS (Suva-act. 12; vgl. auch Suva-act. 26, 29, 36). Von einer solchen ist denn auch aufgrund der Unfallschilderungen in der Schadenmeldung UVG der Arbeitslosenkasse des Kantons St. Gallen (Suva-act. 1) sowie im Bericht der Notfallaufnahme der Klinik F.____ vom 31. Oktober 2017 (Suva-act. 13) auszugehen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache (vgl. Erwägung 2.3), dass Prellungen, Verstauchungen und Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs Monaten bis einem Jahr (bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen), 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. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 100 ff., hält der Autor E. Bär 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 Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin. Insofern zeichnet sich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall durch stetige Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils aus (vgl. dazu Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. In Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45). Wie gesagt ist allein entscheidend, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (vgl. Erwägung 3.2). Dr. J.____ geht in seiner ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2018 (Suva-act. 64) in Bezug auf den vorliegenden Fall von einem überwiegend wahrscheinlichen Status quo sine maximal acht Monate nach dem Ereignis vom 13. September 2017, also am 13. Mai 2018, aus. Basierend auf dieser Heilungsdauer, mit welcher sich Dr. J.____ innerhalb des in der vorgängig zitierten medizinischen Literatur für den Regelfall angeführten Zeitrahmens befindet, schloss die Beschwerdegegnerin den Schadenfall per Verfügungszeitpunkt, d.h. per 31. Mai 2018, ab und stellte die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) ein (Suva-act. 56). Es sind keine konkreten Gründe ersichtlich, derentwegen eine längere Heilungsdauer anzunehmen wäre. Eine vom Regelfall abweichende, folgenschwere Kontusion ist jedenfalls auszuschliessen. Wie bereits erwähnt, werden in den Schadenmeldungen UVG vom 3. und 25. Oktober 2017 (Suva-act. 1, 10) sowie im Bericht der Notfallaufnahme der Klinik F.____ vom 31. Oktober 2017 (Suva-act. 13), aber auch vom Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 17. November 2018 (act. G 1), im Zusammenhang mit dem Sturz von der Leiter keine besonderen, erschwerenden Tatbestandselemente angeführt. Auch, dass der Sturz von der Leiter laut Bericht der Notfallaufnahme der Klinik F.____ aus etwa zwei Metern Höhe erfolgt sein soll, vermag nicht allein ein erschwerendes Tatbestandselement darzustellen. Zwar handelt es sich dabei um eine nicht unbeträchtliche Höhe, doch ist letztlich entscheidend, welche Krafteinwirkung auf den Rücken im konkreten Fall tatsächlich stattgefunden hat. Beschrieben ist zwar ein Anprall gegen ein Holz, doch liess sich - wie Dr. J.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2018 festgestellt hatte (Suva-act. 64) - in der Bildgebung kein Hämatom erheben (Suva-act. 34: "Kein Knochenmarködem"). Gemäss

Arztzeugnis UVG vom 31. Oktober 2017 hatte sich offensichtlich auch klinisch anlässlich der Erstbehandlung vom 14. September 2017 kein Hämatom gezeigt, welches zumindest ein Hinweis auf eine namhafte Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule hätte sein können. Bei den anlässlich der Erstbehandlung erhobenen Befunden - Schmerzen und Druckdolenz lumbal (vgl. Suva-act. 12) - handelt es sich um absolut typische Kontusionsfolgen, welche für sich allein nicht auf eine besonders schwere Kontusion hinweisen. Allgemein ist anzufügen, dass die Heilung eines traumatisch bedingt symptomatisch gewordenen degenerativen Vorzustandes fliessenden Charakter hat. Die soeben noch traumatisch bedingten Beschwerden lassen sich nur schwer von den fortan degenerativ bedingten oder anders begründeten Beschwerden unterscheiden. Auch aus dem von Dr. H. ___ in seinen ärztlichen Zwischenberichten vom 17. und 27. November 2017 (Suva-act. 26, 29) und von Dr. K. ___ in seinen Untersuchungsberichten vom 21. und 26. Februar 2018 (Suva-act. 43 f.) diagnostizierten persistierenden, lumbosakralen Schmerzsyndrom bzw. chronischen thorako-lumbovertebralen Syndrom lassen sich keine fortdauernden Unfallfolgen ableiten. Laut Roche Lexikon (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Mit dem lumbosakralen bzw. chronischen thorakolumbovertebralen (Schmerz-)Syndrom haben Dr. H. ___ und Dr. K. ___ mithin lediglich das vom Beschwerdeführer subjektiv angegebene "Symptommuster" fassbar gemacht bzw. ausgesagt, dass er persistierende Schmerzen in der Lumbalregion angibt, ohne dass darin ein objektiv erhobener unfallkausaler organischer Befund gesehen werden könnte. Wenn eine versicherte Person vorbringt, sie leide nach wie vor unter Schmerzen, verfängt diese Argumentation nur insofern, als sie damit das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs behauptet. Fortdauernde Schmerzen allein können nicht das Andauern eines Kausalzusammenhangs begründen und es obliegt nicht der Unfallversicherung zu beweisen, was die Ursache für die Schmerzen sein könnte, wenn es nicht der Unfall ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 18. Dezember 2003, U 258/02). Dass im konkreten Fall nicht von einem objektiv erhobenen unfallkausalen organischen Befund, sondern einzig von einer subjektiven Schmerzangabe des Beschwerdeführers ausgegangen werden kann, zeigt sich auch darin, dass Dr. K. ___ und Dr. H. ___ in ihren Berichten vom 21. Februar (Suva-act. 43) und 2. Mai 2018 (Suva-act. 52) übereinstimmend erklärten, dass radiologisch keine klare Ursache für die Beschwerden bestehe, dass sich keine Erklärung für die persistierenden bzw. anhaltenden thorako-lumbalen Schmerzen finden lasse bzw. dass die Ursache der anhaltenden akuten Schmerzen unklar sei (Suva-act. 43 f., 52). Demgemäss hielt Dr. H. ___ im ärztlichen Zwischenbericht vom 27. November 2017 (Suva-act. 29) im Zusammenhang mit dem persistierenden lumbosakralen Schmerzsyndrom eine Symptomausweitung fest, welche eine Diskrepanz zwischen medizinisch objektivierbaren Befunden und subjektiv dargestellter Beschwerdesituation darlegt. Auch mit der Diagnose "Lumbalgie" (vgl. Suva-act. 58) wird von den Ärzten im Regelfall nur das Beschwerdebild fassbar gemacht. Analog der Syndromdiagnose wird demzufolge lediglich belegt, dass der Patient Schmerzen in der Lumbalregion aufweist. Rückenschmerzen können ganz unterschiedliche Ursachen haben. Gerade die Lumbago ist insbesondere typisch für degenerative Gesundheitsschäden (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S: 860 f.). Die von Dr. K. ___, Dr. H. ___ und Dr. M. ___ in ihren Berichten vom 21. bzw. 26. Februar 2018 (Suva-act. 43 f.), 2. Mai 2018 (Suva-act.

52) und 5. Juni 2018 (Suva-act. 58) erhobenen Diagnosen bzw. Befunde - muskuläre Dysbalance, segmentale Dysfunktion, paravertebrale Muskelverspannung, Dysfunktion der Muskulatur - vermögen ebenfalls nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unfallkausale Restfolgen zu belegen. Eine Unfallbedingtheit der genannten Diagnosen bzw. Befunde ist zwar nicht ausgeschlossen, doch ist die Entwicklung einer unfallkausalen und vor allem fortdauernden muskulären Dysbalance als Folge einer gewöhnlichen Kontusion vorliegend nicht erklärbar. Schliesslich ist anzufügen, dass keiner der behandelnden Ärzte explizit von andauernden Unfallrestfolgen spricht. Mit seiner Argumentation - er sei vor dem Unfall in perfekter Gesundheit und Beweglichkeit und auch 100% arbeitsfähig gewesen, seit dem Unfall habe er hingegen im unteren Bereich des Rückens starke Schmerzen, Mühe mit Laufen, Stehen und Sitzen, mit Liegen und Schlafen auf der linken Seite - nimmt der Beschwerdeführer lediglich eine zeitliche Einordnung vor (act. G 1). Der zeitliche Aspekt allein besitzt indessen in solchen Fällen, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann, keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft (vgl. dazu Basler Kommentar, a.a.O., N 67 zu Art. 6; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn 1205 [Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13, S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 f. E. 2b/bb). Auch die Aussage des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 17. November 2018 (act. G 1) - bis zum MRI vom 5. Juni 2018 habe ihm niemand erklären können, von was der Schmerz verursacht werde, weil niemand die Bandscheibenprotrusion gesehen habe, weshalb er auch falsch behandelt worden sei und es zu keiner Heilung habe kommen können, was nicht passiert wäre, hätte die Beschwerdegegnerin eine stationäre Rehabilitation bewilligt - vermag keine längere Heilungsdauer der am 13. September 2017 erlittenen Kontusion und damit über den Leistungseinstellungszeitpunkt andauernde Kontusionsfolgen nachzuweisen. Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2018 (act. G 3) zutreffend darauf hin, dass die Bandscheibenprotrusionen bereits im MRI vom 26. September 2017 ("leichte Diskopathien L2/3 bis L4/5 mit Anulus fibrosus-Rissen") erhoben worden sind, sich im MRI vom 5. Juni 2018 unverändert gezeigt haben und sich damit - wie von Dr. J.____ am 5. Oktober 2018 überzeugend festgestellt (Suva-act. 67) - aus letzterem keine neuen Erkenntnisse ergeben haben. Wie in den Erwägungen 4.2 und 5.2 f. dargelegt, lässt sich aus den radiologischen Untersuchungsergebnissen kein Hinweis gegen den von Dr. J.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2018 angenommenen Status quo sine per 13. Mai 2018 (Suva-act. 64) ableiten. Wie von der Beschwerdegegnerin weiter festgestellt, kann damit auch nicht von einer anfänglichen Fehlbehandlung mit Verhinderung einer Heilung gesprochen werden. Die von Dr. H.____ zunächst angeordnete physiotherapeutische und analgetische Behandlung sowie die von ihm durchgeführten Infiltrationen (Suva-act. 26, 29, 36) bilden eine umfassende, bei Rückenbeschwerden angemessene und wirksame Therapie. Die von Dr. H.____ (Suva-act. 32) und Dr. M.____ (Suva-act. 58) beantragte bzw. empfohlene stationäre Rehabilitation erfolgte in Verbindung mit den ambulant, therapieresistenten Rückenschmerzen ohne Bezugnahme auf die Frage nach dem Vorliegen unfallkausaler Restfolgen bzw. inwieweit damit unfallkausale Gesundheitsschäden geheilt werden könnten. Aus den Empfehlungen von Dr. H.____ und Dr. M.____ kann damit für die Frage der Unfallkausalität nichts abgeleitet werden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Nachweis für das Dahinfallen der Kausalität

zwischen dem Unfall vom 13. September 2017 und den Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere der LWS, per 13. Mai 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist. Es ist davon auszugehen, dass die fortdauernden Beschwerden auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen somit zu Recht per 31. Mai 2018 eingestellt. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2018 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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