

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/62 vom 25. August 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2021_62

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/62 du 25 août 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/62 del 25 agosto 2022

Regeste

Art. 6 UVG. Der Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine vel ante ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestützt auf die beweiskräftige versicherungsinterne rheumatologische Beurteilung zu bejahen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2022, UV 2021/62).

Volltext

Entscheid vom 25. August 2022 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber und Michael Rutz; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2021/62 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich Helsana, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ arbeitete als Application Developer bei der B.____ AG und war dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit seinem Auto kollidierte er am 25. August 2020 unverschuldet mit einer Strassenbahn (siehe die Schadenmeldung vom 4. September 2020, UV-act. 3, die Angaben des Versicherten zum Verkehrsunfall vom 23. September 2020, UV-act. 8, und dessen undatierten Unfallbericht, UV-act. 10; zum Fahrzeugschaden siehe das Gutachten der EXPERTA Schadenreglierungs-GmbH, Wien, vom 3. September 2020, act. G 1.4, sowie die Fotoaufnahmen des Autos und der Strassenbahn in act. G 1.5). Der am Unfalltag erstbehandelnde Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, führte im gleichentags erstellten Bericht aus, er habe den Versicherten gründlich untersucht. Dabei habe er HWS-Schmerzen (ohne Bewegungseinschränkung) festgestellt. Ansonsten seien keine sichtbaren Verletzungen oder traumabedingte Beschwerden anzumerken. Er hielt den Versicherten bis 28. August 2020 für arbeitsunfähig (UV-act. M1; zu den in der Folge von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen siehe UV-act. M2 ff.). Der behandelnde Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, diagnostizierte eine Distorsion der LWS und eine bekannte Lumbago bei Osteochondrose L4/L5 sowie eine Distorsion der HWS und rechten Schulter. Am 19. September 2020 habe er als Erstdiagnose gestützt auf eine MRT-Untersuchung vom 16. September 2020 (UV-act. M8) einen frischen medianen Diskusprolaps L5/S1 mit Irritation der Wurzel S1 rechts erhoben (vgl. UV-act. M9). Der Versicherte habe nach dem Unfall eindeutig eine Zunahme der vorbestehenden Lumbago-Beschwerden angegeben. Ein unfallkausaler Zusammenhang des Bandscheibenvorfalls müsse letztendlich gutachterlich abgeklärt werden. Aufgrund der Gesamtsituation bei therapieresistenter Lumbago empfehle er vorerst eine 50%ige

Arbeitsreduktion (Bericht vom 3. Oktober 2020, UV-act. M11; siehe auch die weiteren Berichte von Dr. E.____ etwa vom 16. Oktober 2020, UV-act. M13, und vom 23. Februar 2021, UV-act. M19). Die Helsana legte den Fall zur Beurteilung der Rückenbeschwerden des Versicherten ihrem beratenden Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, vor. Dieser erstattete am 11. März 2021 seine Einschätzung, dass eine vorübergehende, nicht richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Diskopathie L4-S1 mit Scheuermann-Residuen und Osteochondrose L5/S1 vorliege. Zum jetzigen Zeitpunkt, bald sieben Monate nach einem richtunggebenden Ereignis, beurteile er den Status quo ante als erreicht. Die LWS-Beschwerden seien vorbestehend. Dies sei in den Berichten von Dr. E.____ bestätigt worden. Aktuell persistierende Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Nach erreichtem Status quo ante sei unfallbedingt von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (UV-act. M20). Dr. E.____ berichtete am 19. März 2021, trotz regelmässiger Einnahme von Analgetika klage der Versicherte immer noch über therapieresistente Rückenschmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich. Bis auf weiteres sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (UV-act. M21; siehe auch die Arbeitsunfähigkeitsbestätigung vom 20. Mai 2021, UV-act. M24). Mit Verfügung vom 22. März 2021 ordnete die Helsana gestützt auf die Beurteilung von Dr. F.____, wonach der degenerative Vorzustand per sofort wieder erreicht sei, die Einstellung der Leistungen ab 1. April 2021 an (UV-act. 22). Am 30. März 2021 (siehe zum Datum das Verzeichnis der medizinischen Akten, vor UV-act. M1) beantwortete Dr. E.____ ebenfalls den von der Helsana an Dr. F.____ gerichteten Fragebogen vom 10. März 2021. Er bejahte einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. August 2020 und den Rückenschmerzen (UV-act. M22). Der Versicherte erhob am 29. April 2021 Einsprache gegen die Verfügung vom 22. März 2021 und beantragte die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 31. März 2021 hinaus. Eventualiter sei ein versicherungsexternes Gutachten einzuholen (UV-act. 27). Dr. E.____ berichtete am 4. Mai 2021, der Versicherte sei bei einer physiotherapeutischen Behandlung vom 27. April 2021 mit dem linken Kniegelenk eingeknickt und habe sich das linke Knie verdreht. Seit diesem Ereignis leide der Versicherte an messerstichartigen Belastungsschmerzen über der Aussenseite des linken Kniegelenks. Dr. E.____ diagnostizierte eine Knie-Distorsion des linken Kniegelenks (UV-act. M23; zum MR-Befund vom 5. Mai 2021, siehe act. G 1.12). Mit Einspracheentscheid vom 10. August 2021 wies die Helsana die Einsprache des Versicherten ab (UV-act. 29). Gegen den Einspracheentscheid vom 10. August 2021 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin A. Guyot, am 14. September 2021 Beschwerde. Er beantragte dessen Aufhebung und es seien ihm von der Helsana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) weiterhin ab 1. April 2021 die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeld und Heilbehandlung, zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Dahinfallen jeglicher kausalen Bedeutung des Unfallereignisses für den fortbestehenden Gesundheitsschaden nachweisen können. Die Beurteilung des die Beschwerdegegnerin beratenden Rheumatologen Dr. F.____ sei fachfremd und auf unvollständiger Aktenlage erfolgt, weshalb sie mangelhaft und nicht beweiskräftig sei. Des Weiteren wies er darauf hin, dass Kniebeschwerden links durch eine unfallbedingt verordnete Physiotherapie aufgetreten seien, wofür die Beschwerdegegnerin ebenfalls

leistungspflichtig sei (act. G 1). Mit der Beschwerde reichte er u.a. den Bericht der Radiologie G.____ vom 11. Oktober 2018 über die unauffälligen Ergebnisse einer gleichentags wegen einer Lumbago acuta durchgeführten Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule (act. G 1.10), einen Bericht des seit dem 29. September 2020 durchgehend wöchentlich behandelnden Physiotherapeuten vom 25. Juni 2021 (act. G 1.15), einen Bericht von Dr. E.____ vom 22. Juli 2021 (act. G 1.17) und einen Bericht über die Ergebnisse einer am 23. Juli 2021 durchgeführten MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule, worin u.a. ein kleinbogiger medianer subligamentärer Diskusprolaps LWK5/SWK1 und ein flacher zirkulärer subligamentärer Diskusprolaps LWK4/5 festgestellt worden war (act. G 1.18), ein. Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 10. November 2021 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte im Wesentlichen geltend, die Beurteilung von Dr. F.____ sei beweiskräftig und gestützt darauf sei sie zu Recht davon ausgegangen, dass die unfallbedingte Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands vorübergehend gewesen und der Status quo sine vel ante am 31. März 2021 eingetreten sei. Die Voraussetzungen für eine weitgehend unfallbedingte Diskushernie seien vorliegend nicht erfüllt. Da sie (die Beschwerdegegnerin) ab dem 1. April 2021 nicht mehr leistungspflichtig sei, habe der Beschwerdeführer auch keinen weiteren Anspruch auf die Übernahme der Behandlungskosten, welche von den Kniebeschwerden, die er sich in der Physiotherapie zugezogen habe, herrühren würden (act. G 5). In der Replik vom 23. Dezember 2021 hielt der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin teilte am 1. Februar 2022 ihren Verzicht auf eine Duplik mit (act. G 10). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die im Nachgang zum Unfall vom 25. August 2020 erbrachten Leistungen (Übernahme der Kosten für Heilbehandlungen und Taggelder) auf den 1. April 2021 einstellte und das Gesuch um weitere Leistungen abwies. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), 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). Die Unfallkausalität bildet Anspruchsvoraussetzung für sämtliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis (Art. 4 ATSG) zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1; Rumo-Jungo, a.a.O., S. 55, 58; André Nabold, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018 [nachfolgend UVG-Kommentar], N 53 und 59 zu Art. 6; BGE 129 V 181 E. 3.1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der fortdauernden Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden

Ursachen beruhen (vgl. zu den Begriffen Status quo sine und Status quo ante: Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Nabold, UVG-Kommentar, N 54 zu Art. 6). 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. Die bloss e Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenü glich nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3 und BGE 125 V 352 E. 3). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Bezüglich der Frage, ob sich eine vorbestehende Diskushernie richtunggebend, mithin dauernd, unfallbedingt verschlimmert hat, gelten dieselben Kriterien wie für eine unfallbedingte Diskushernie. Dies bedeutet, 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. 2.1 mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und 13. Juni 2005, U 441/04, E. 3.1). Eine allfällige richtunggebende 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). Ist hingegen die Diskushernie bei einem (stummen) degenerativen Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblichen degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (siehe zum Ganzen etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 27. April 2021, 8C_19/2021, E. 7.2 mit Hinweisen). Bei fehlender natürlicher und adäquater Kausalität zwischen einem Unfall und fortdauernd geklagten Beschwerden entfällt zum Vornherein ein weiterer Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Die Leistungseinstellung erfolgt diesfalls ohne Prüfung des Erreichens des medizinischen Endzustands gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG und es muss deshalb auch nicht mehr geprüft werden, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (vgl. vorstehende E. 1.2). In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Frage nach den natürlich kausalen Unfallfolgen über den 31. März 2021 hinaus spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Standpunkt, dass spätestens am 31. März 2021 der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. August 2020 und den vom Beschwerdeführer geklagten Leiden dahingefallen sei, auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. F. ___ vom 11. März 2021 (UV-act. M20). Zunächst ist von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 25. August 2020 an einer Lumbago bei einer 2018 radiologisch bestätigten Osteochondrose auf der Höhe L4/L5 gelitten hatte (UV-act. M5, S. 1, UV-act. M7, S. 1, und act. G 1.10) und damit ein erheblicher Vorzustand bestand. Dr. E. ___ begründete die von ihm im Bericht vom 11. September 2020 empfohlene bildgebende Abklärung («MRT LWS») denn auch «zum Ausschluss eines neuerlichen Bandscheibenvorfalles bzw. Bone bruise» (UV-act. M5, S. 2; siehe auch die Angabe in der MR-Zuweisung vom 11. September 2020: «aktuell bei bek[annt] Lumbago Schmerzverstärkung posttraumatisch», UV-act. M7). Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (act. G 5, II. Rz 5.3). Des Weiteren leuchtet die Einschätzung von Dr. F. ___ ein, dass eine durch ein Unfallereignis verursachte Diskushernie auf zwei Etagen unmittelbare Schmerzen auslösen würde, was beim Beschwerdeführer jedoch nicht der Fall gewesen sei (UV-act. M20, S. 1). In Anbetracht dieser Verhältnisse und der weiteren Begründung von Dr. F. ___ im Rahmen der Würdigung des MR-Befundberichts von Dr. med. H. ___, Privat CT und MRT I. ___, vom 16. September 2020 (UV-act. M8), erscheint der von ihm gezogene Schluss, dass die subligamentären Diskusprolaps L5/S1 und L4/L5 – entgegen der Einschätzung der Dres. H. ___ und E. ___ (UV-act. M9) – nicht als frisch imponierend zu werten seien (UV-act. M20), als plausibel. Aus den Akten ergibt sich denn auch, dass der Beschwerdeführer nicht unverzüglich, sondern erst ein paar Tage nach dem Unfall über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule klagte. So gab der am 25. August 2020 erstbehandelnde Dr. C. ___ im gleichentags erstellten Bericht an, der Beschwerdeführer sei von ihm auf Verletzungen «gründlich untersucht» worden. Abgesehen von HWS-Schmerzen, die zu keiner Bewegungseinschränkung geführt hätten, seien keine

sichtbaren Verletzungen oder traumabedingte Beschwerden festgestellt worden (UV-act. M1). Die im Krankenhaus J. ___ durchgeführten Abklärungen beschränkten sich ebenfalls auf den HWS- und Schulterbereich. Laut Befundbericht von Dr. E. ___ vom 11. September 2020 verspürte der Beschwerdeführer erst vier Tage nach dem Unfall Schmerzen im Lumbalbereich (UV-act. M5). Gegen eine traumatische Diskushernie spricht ausserdem, dass der Beschwerdeführer noch selbstständig zum Krankenhaus hatte fahren können (UV-act. M5). Diese Umstände sowie die weiteren zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum nach dem Unfallereignis aufgetretenen Beschwerdebild und den nicht ausgelösten Airbags (act. G 5, II. Rz 5.4 f.) bekräftigen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 8, Rz 8, worin er im Übrigen ausführt, dass der Innenraum des Unfallautos nicht beschädigt worden sei und damit offenbar die Krafteinwirkung grösstenteils von der Karosserie abgefangen wurde) zudem die Angabe von Dr. F. ___, dass im Rahmen des Unfallgeschehens bloss geringe Kräfte auf die Lendenwirbelsäule eingewirkt hatten (UV-act. M20, S. 1; zur fehlenden Auslösung von Airbags als Indiz gegen hohe Kräfte eines Verkehrsunfalls siehe das Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2020, 8C_608/2020, E. 6.2 am Schluss). Daran ändert der Umstand für sich allein nichts, dass es sich – wie der Beschwerdeführer vorbringt (act. G 1, III. Rz 7 f., und act. G 1, IV. Rz 33) – beim Unfallereignis nicht bloss um eine (leichte) Streifkollision gehandelt habe. Aus den bereits unter vorstehender E. 2.1.1 gemachten Ausführungen zur degenerativen Problematik und zum Fehlen unfallbedingter struktureller Läsionen ist – wie von Dr. F. ___ ebenfalls überzeugend beurteilt – auch eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustands zu verneinen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 14. September 2021, UV 2021/4, E. 2.10). Damit ist, wie von Dr. F. ___ eingeschätzt, von einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands auszugehen. Der von ihm angenommene Zeitpunkt des Wegfalls der natürlichen Kausalität erscheint mit Blick auf die konkreten Umstände (insbesondere angesichts des Fehlens sichtbarer Verletzungen im LWS-Bereich, des erst verzögerten Auftretens der LWS-Schmerzen und der geringen Krafteinwirkung auf die LWS; siehe vorstehende E. 2.1.1) plausibel und er lässt sich auch mit der vom Bundesgericht als massgeblich erachteten Erfahrungstatsache vereinbaren (siehe hierzu vorstehende E. 1.4). Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, Dr. F. ___ fehle es als Rheumatologe an den erforderlichen orthopädischen Kenntnissen (act. G 1, Rz 28, und act. G 8, Rz 9), kann nicht gefolgt werden. Allein schon mit Blick auf den vorbestehenden degenerativen Vorzustand an der Wirbelsäule erscheint der Beizug eines rheumatologischen Experten zur Beurteilung bzw. Abgrenzung des Einflusses der Unfallfolgen darauf als sach- und fachgerecht, bilden doch (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2015, 8C_835/2014, E. 3.3). Nicht geteilt werden kann auch der Standpunkt des Beschwerdeführers, Dr. F. ___ habe nicht über sämtliche relevanten Vorakten verfügt (act. G 1, Rz 30). Zunächst ist zu beachten, dass sich Dr. F. ___ mit den massgeblichen Vorakten, insbesondere auch dem MR-Befundbericht von Dr. H. ___ vom 16. September 2020 (UV-act. M8), schlüssig auseinandersetze (siehe vorstehende E. 2.1.1 f.). Die Beschwerdegegnerin weist ausserdem zutreffend darauf hin, dass Dr. H. ___ darin Bezug auf den (nicht in den Akten liegenden) Bericht von Dr. med. K. ___, Radiologie G. ___, vom 11. Oktober 2018 (act. G 1.10) nahm («Röntgen von 10/2008», richtig wohl: 2018) und dessen wesentlichen Inhalt wiedergab (act. G 5, II. Rz 6.4). Des Weiteren lässt sich dem Bericht von Dr. E. ___ vom 11. September 2020 entnehmen, dass im Rahmen der im

Unfallkrankenhaus J.____ durchgeführten Untersuchungen bildgebende Abklärungen lediglich der HWS gemacht wurden und sich keine Frakturzeichen ergaben (UV-act. M5). Deshalb und weil auch aus anderen Akten kein Hinweis für ein relevantes andauerndes unfallbedingtes HWS-Leiden besteht, war der Beizug der dort erstellten medizinischen Berichte für eine aussagekräftige Verlaufsbeurteilung der natürlichen Unfallkausalität bezüglich des im Vordergrund stehenden LWS-Leidens nicht erforderlich. Insbesondere hielt auch Dr. E.____ keine weiteren bildgebenden Abklärungen im HWS-Bereich für notwendig (Befundbericht vom 11. September 2020, UV-act. M5). Schliesslich wies er wiederholt darauf hin, «ein unfallkausaler Zusammenhang des Bandscheibenvorfalles muss letztendlich gutachterlich abgeklärt werden» (siehe etwa UV-act. M14 und UV-act. M24), womit er Zweifel an einer traumatischen Ursache zum Ausdruck brachte. Insgesamt bestehen keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. F.____, dass spätestens im März 2021 die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 25. August 2020 und den vom Beschwerdeführer geklagten Leiden dahingefallen ist. Bezüglich des vom Beschwerdeführer für die Beschwerden am linken Knie geltend gemachten Leistungsanspruchs (act. G 1, Rz 34) gilt es das Folgende zu beachten: Zwischen den Parteien unbestritten ist, dass die Kniebeschwerden nicht in einem Zusammenhang mit einem nach Art. 6 Abs. 1 UVG versicherten Ereignis stehen. Etwas Gegenteiliges lässt sich auch nicht dem Bericht von Dr. E.____ vom 4. Mai 2021 entnehmen, worin die Angaben des Beschwerdeführers zum Auftreten der Knieschmerzen wiedergegeben werden (UV-act. M23). Vielmehr leitet der Beschwerdeführer einen Anspruch gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG ab, wonach die Versicherung ihre Leistungen ausserdem für Schädigungen erbringt, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung (Art. 10 UVG) zugefügt werden. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darlegt (act. G 5, II. Rz 8.2), fiel ihre Leistungspflicht per Ende März 2021 dahin, womit der erst im April 2021 aufgetretene Knieschaden nicht (mehr) im Rahmen einer unfallversicherungsrechtlichen Heilbehandlung im Sinn von Art. 10 UVG auftrat. Folglich hat die Beschwerdegegnerin auch nicht für daraus entstehende Gesundheitsschäden nach Art. 6 Abs. 3 UVG einzustehen (vgl. UVG-Kommentar-Nabold, N 87 zu Art. 6). Gemäss vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG nicht zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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.