

SO_GERICHTE VSBES.2017.78 vom 17. September 2018

SO Obergericht, 2018-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.78_d20180917

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.78 du 17 septembre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.78 del 17 settembre 2018

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1967, [...], erlitt am 20. August 2015 um 15.30 Uhr in [...], [...], Baustelle, Gebäude [...], Süd-Ost-Ecke, einen Unfall. Der Unfallmeldung vom 31. August 2015 kann entnommen werden, dass er vom Gerüst gefallen sei und sich dabei Prellungen an beiden Unterschenkeln sowie am Rücken und am ganzen Körper (systemische Wirkung) zugezogen habe. In diesem Zeitpunkt war er als Monteur für die Firma [...] GmbH, [...], tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert (Suva Aktenbeleg [Suva-] Nr. 4). 1.2 Am 20. August 2015 berichteten die Fachärzte Radiologie Dr. med. B.____ und Dr. med. C.____, beide D.____, Radiologie, über ihre Befunde des linken und rechten Unterschenkel/Fusses sowie der CT des Thorax und Abdomens, der HWS und des Schädels (Suva-Nr. 1 f.). Dr. med. E.____, ebenfalls D.____, erstattete am 21. August 2015 Bericht über die Verlaufskontrolle nach abdominellem Trauma (Suva-Nr. 3). Die Assistenzärztin Chirurgie F.____, auch D.____, äusserte sich am 25. August 2015 über die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 5). 1.3 G.____ AG, erstellte für die Beschwerdegegnerin am 20. August 2015 das Ereignisprotokoll, dem u.a. entnommen werden kann, dass das Gerüst im Zeitpunkt des Unfalls zirka 60 cm vom Gebäude weggerückt gewesen sei (Suva-Nr. 6). Die Kantonspolizei [...] erstellte am 18. November 2015 einen Rapport; dieser stützt sich auf Feststellungen, die am Unfalltag vor Ort getroffen wurden, und auf anschliessende ergänzende Abklärungen (Suva-Nr. 121 S. 5 ff.). 1.4 Dr. med. H.____, Chefarzt, und Assistenz-Ärztin F.____, D.____, verfassten am 28. August 2015 den definitiven Austrittsbericht über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 20. - 26. August 2015 (Suva-Nr. 22). 1.5 Am 15. September 2015 füllte der Beschwerdeführer den durch die Beschwerdegegnerin am 3. September 2015 zugestellten Fragebogen aus, worin er u.a. angab, ab sofort wieder arbeitsfähig zu sein und weder Beschwerden zu haben noch in Behandlungen zu stehen (Suva-Nr. 10). 1.6 Med. pract. I.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, [...], stellte am 3., 10. und 19. September 2015 je ein Zeugnis über die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 7., 12. bzw. 19. September 2015 aus (Suva-Nr. 14). 1.7 Dr. J.____, D.____, erstattete der Beschwerdegegnerin am 28. September 2015 das gewünschte «Arztzeugnis UVG» (Suva-Nr. 19). 1.8 Am 1. Oktober 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass er ab 23. August 2015 Anspruch auf ein Taggeld habe (Suva-Nr. 16). 1.9 Ab 20. Oktober 2015 stellte med. pract. I.____ weitere Zeugnisse über die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus und erstellte am

8. Dezember 2015 für die Beschwerdegegnerin einen ärztlichen Zwischenbericht (Suva-Nr. 26 ff.). 1.10 Dr. med. K.____, FMH Radiologie, Röntgeninstitut L.____, [...], berichtete med. pract. I.____ am 12. November 2015 über die beim Beschwerdeführer am 12. November 2015 durchgeführte MRT der LWS und des ISG (Suva-Nr. 42). 1.11 Am 18. November 2015 erstellte der zuständige Fachstellenleiter der Kantonspolizei Bern einen ausführlichen Bericht über den Arbeitsunfall vom 20. August 2015 (Suva-Nr. 121). 1.12 Am 22. Dezember 2015 erstattete Dr. med. M.____, Chefarzt-Stv. Orthopädische Klinik, N.____, med. pract. I.____ Bericht über die Untersuchung des Beschwerdeführers anlässlich der ambulanten Wirbelsäulensprechstunde vom 18. Dezember 2015 (Suva-Nr. 41). 1.13 Kreisarzt med. pract. O.____, Chirurgie FMH, nahm am 11. Januar bzw. 1. Februar 2016 zu den durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen Stellung. 1.14 Ab 6. Januar 2016 stellte med. pract. I.____ weitere Zeugnisse über die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus und erstellte am 9. Februar 2016 für die Beschwerdegegnerin erneut einen ärztlichen Zwischenbericht (Suva-Nr. 38 ff.). 1.15 Dr. med. M.____ orientierte med. pract. I.____ am 10. Februar, 8. März und 25. Mai 2016 über den weiteren Verlauf (Suva-Nr. 52, 53, 63). 1.16 Am 7. Juni 2016 äusserte sich der Kreisarzt Dr. med. P.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, zu den durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen (Suva-Nr. 65).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 8. Juni 2016 mit, dass die heute bestehenden Beschwerden aufgrund der Beurteilung durch den Kreisarzt nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er sich ohne den Unfall vom 20. August 2015 eingestellt hätte (Status quo sine), sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 8. Juni 2016 erreicht. Bei dieser Sach- und Rechtslage müsse der Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 8. Juni abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werden (Suva-Nr. 66). 2.2 Am 1. Juli 2016 verlangte der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin, dass diese ihm eine anfechtbare Verfügung zustelle. So sei er mit der Einstellung der Leistungen nicht einverstanden (Suva-Nr. 68). 2.3 Der Kreisarzt Dr. med. Q.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, äusserte sich am 15. Juli 2016 auf Wunsch der Beschwerdegegnerin zur Beurteilung vom 7. Juni 2016 (Suva-Nr. 75).

E. 3

3.1 Mit Verfügung vom 19. Juli 2016 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihre in der Mitteilung vom 8. Juni 2016 gemachten Ausführungen und hielt insbesondere fest, dass die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt (8. Juni 2016) eingestellt würden (Suva-Nr. 76). 3.2 Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, [...], berichtete am 26. August 2016 über den Beschwerdeführer, den er in seiner Sprechstunde untersucht und behandelt habe (Suva-Nr. 88). Am 9. September 2016 stellte Dr. med. R.____ dem Beschwerdeführer ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis (100 %) für die Zeit vom 26. bis 31. August 2016 aus, am 31. Oktober 2016 ein solches für die Zeit vom 26. August – 31. Dezember 2016 (Suva-Nr. 93, 99). 3.3 Am 13. September 2016 liess der Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 19. Juli 2016 Beschwerde (recte: Einsprache) erheben (Suva-Nr. 88).

E. 4

4.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

4.2 Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat er Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten (Art. 16 Abs. 1 und 2 UVG). Nach Art. 17 UVG beträgt das Taggeld bei voller Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) 80 Prozent des versicherten Verdienstes; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt.

4.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2).

4.4 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

4.5 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht; dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands 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. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende

Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 4.6 Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17 8C_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). 4.7 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Ist die Diskushernie allerdings bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 8C_13/2018 vom 9. Mai 2018 E. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen).

E. 4.4

S. 469 f. mit Hinweis). 6. Umstritten sind zunächst die Höhe des Sturzes und der Hergang des Unfalls vom 20. August 2015. 6.1 Gestützt auf die vorhandenen Unterlagen, namentlich die Unfallmeldung (Suva-Nr. 4), das Ereignisprotokoll (Suva-Nr. 6) und den Polizeirapport (Suva-Nr. 127, S. 5 ff.), ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit der Reinigung und Funktionsprüfung von Vorhangstangen in einem neu erstellten Gebäude beschäftigt war. Er stand dabei auf einem Gerüst, das neben dem Gebäude stand und von dem aus er die Vorhangstangen im Gebäude überprüfte. Das Gerüst rutschte von der Hausfassade weg, und es entstand schliesslich ein Abstand von 60 - 70 cm. Durch diese Lücke stürzte der Beschwerdeführer auf den darunterliegenden Betonboden. Die Sturzhöhe wird im Polizeirapport mit 3,25 Meter, im Ereignisprotokoll und im Arztzeugnis UVG sowie im Spital-Austrittsbericht vom 28. August 2015 (Suva-Nr. 19) mit zirka vier Meter angegeben. In der Folge gingen die Ärzte von einem Sturz aus zirka vier Metern Höhe aus (vgl. Suva-Nr. 30, 37, 44). Dr. med. R.____, der die Behandlung später aufnahm, erwähnte in seinen Berichten vom 26. August 2016 und 20. Januar 2017 eine Sturzhöhe von 4,2 Metern. Im Einsprache- und Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer darlegen, die Sturzhöhe habe fünf Meter (Suva-Nr. 88, S. 3) respektive fast fünf Meter (A.S. 43) betragen. Die Polizei ist zum Ergebnis gelangt, die Sturzhöhe habe 3,25 Meter betragen. Diese Feststellung, die von einer unabhängigen Behörde stammt und auf umfassenden Abklärungen basiert, kann der Beurteilung zugrunde gelegt werden. Aufgrund der

Aussagen in den übrigen Dokumenten ist jedenfalls auszuschliessen, dass die Sturzhöhe mehr als vier Meter betragen haben könnte. 6.2 Zur Frage nach dem genauen Hergang des Sturzes lässt sich dem Spital-Austrittsbericht des D.____ vom 28. August 2015 (vgl. E. II. 7.5 hiernach) entnehmen, der Beschwerdeführer sei mit den Füßen voran auf dem Beton gelandet. Danach sei er auf die linke Seite gefallen und habe sich zudem noch die Nase am Gerüst angeschlagen. Es sei zu keiner Bewusstlosigkeit und keiner Amnesie gekommen (Suva-Nr. 22). Im Arztzeugnis UVG von Dr. med. J.____ vom 28. September 2015 (vgl. E. II. 7.6 hiernach) ist ebenfalls vermerkt, der Beschwerdeführer habe angegeben, er sei auf den Füßen gelandet (Suva-Nr. 19). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass er tatsächlich zuerst auf den Füßen gelandet und erst danach auf die linke Seite gefallen war. Insbesondere die detaillierte Schilderung im Austrittsbericht, welche auch noch das Anschlagen der Nase am Gerüst erwähnt, kann nur auf einer entsprechenden Schilderung des Beschwerdeführers basieren. Es bestehen keine Anhaltspunkte, die geeignet wären, die Zuverlässigkeit dieser Angaben infrage zu stellen; namentlich lassen sich diese auch ohne weiteres mit dem Umstand vereinbaren, dass der Beschwerdeführer trotz eines Sturzes aus dieser Höhe zwar multiple Prellungen, aber keine strukturellen Läsionen erlitten hatte. Dr. med. R.____ geht in seinen im August 2016 und Januar 2017 erstellten Stellungnahmen (E. II. 7.18 und 7.19 hiernach) von einem anderen Unfallhergang aus. Insbesondere hält er fest, der Beschwerdeführer gebe an, er sei nicht zuerst mit den Füßen auf dem Boden gelandet, sondern im Fallen mit den Füßen an ein Rohr gestossen und mit voller Geschwindigkeit und Kraft mit der linken Hüfte voran auf die linke Seite geprallt (IV-Nr. 115, S. 1). Zudem hätten eine kurze Bewusstlosigkeit und eine anterograde Amnesie vorgelegen (IV-Nr. 114, S. 1; 115, S. 2). Diese Annahmen basieren auf entsprechenden Mitteilungen des Beschwerdeführers. Bei sich widersprechenden Angaben des Versicherten über den Unfallhergang ist jedoch auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn der Versicherte seine Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die er kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47). Vor diesem Hintergrund und mit Blick darauf, dass insbesondere die Schilderung im Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 28. August 2015 (Suva-Nr. 22) detailliert und widerspruchsfrei ausfällt, und auch das Ausbleiben von strukturellen Läsionen (vgl. E. II. 7.1, 7.2 und 7.8 hiernach) ohne weiteres erklärt, ist auf die dortigen Angaben abzustellen. Danach prallte der Beschwerdeführer bei seinem Sturz vom Gerüst zuerst mit den Füßen auf den Betonboden, wobei er sich die Nase an einem Gerüst anschlug, und es bestand weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie. 7. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 7.1 Der radiologische Facharzt Dr. med. B.____, D.____, führte in seinem Bericht vom 20. August 2015 als Befund und Beurteilung (beide Unterschenkel und Füße) an, am rechten Sprunggelenk und den unteren zwei Dritteln des Unterschenkels in beiden Ebenen seien keine Frakturlinien oder Fragmentdislokation, keine Subluxation der Talusrolle und keine wesentliche Weichteilschwellung über den Innen- oder Aussenknöchel erkennbar gewesen seien. Im Bereich von Talus und Kalkaneus habe sich kein Hinweis auf eine Fraktur ergeben. In den dorsalen Rückfussgelenken seien keine Luxationen erkennbar gewesen. Im Bereich des rechten Fusses, auch im vorderen Rückfussbereich, im Bereich des Mittelfusses und des Vorfusses habe keine Luxation oder Subluxation festgestellt

werden können. Eine Frakturlinie oder Fragmentdislokation sei nicht erkennbar gewesen. Auf der linken Seite sei keine Luxation oder Subluxation nachweisbar gewesen. Auch hier fänden sich keine Frakturlinien und keine Fragmentdislokation (Suva-Nr. 1). 7.2 Dr. med. C. ____, D. ____, gab im Rahmen seines Befunds vom 20. August 2015 an, dass bei der Schädel-CT (Computertomographie) keine intracerebrale Blutung abgrenzbar gewesen sei. Die knöchernen Strukturen seien intakt zur Darstellung gekommen. Es seien keine Spiegelbildungen in den Nasennebenhöhlen abgrenzbar gewesen. Bei der HWS-CT seien die knöchernen Strukturen intakt zur Darstellung gekommen. Im Segment HWK 5/6 bestehe eine Osteochondrose wie auch eine geringe Retropondylose. Es seien keine Weichteileinblutungen ersichtlich gewesen. Beim Thorax- und Abdomen-CT mit Kontrast hätten sich geringe Belüftungsstörungen in den posterobasalen und dorsalen Partien gezeigt, jedoch keine Einblutungen. Die Aorta sei intakt zur Darstellung gekommen. Es hätten keine Dissektionszeichen vorgelegen. Die Oberbauchorgane seien intakt zur Darstellung gekommen. Es bestehe eine leichte Steatosis hepatis. Es habe sich keine freie Flüssigkeit gezeigt. Im Knochenfenster lägen geringe degenerative Veränderungen von BWS und LWS vor, jedoch keine ossären Läsionen. Bei der Beurteilung hat Dr. med. C. ____ angegeben, dass ein unauffälliges Schädel-CT vorliege, keine Blutungen bestünden, die HWS intakt sei und eine Osteochondrose HWK 5/6 vorliege. Die Oberbauchorgane und die Aorta seien intakt. Es lägen keine Lungenblutungen vor. Frakturen seien keine abgrenzbar (Suva-Nr. 2, S. 1). 7.3 Dem Befund von Dr. med. E. ____, D. ____, vom 21. August 2015 über die gleichentags durchgeführte Abdomensonographie lässt sich Folgendes entnehmen: «Normales Lebervolumen. Diffuse Leberechogenitätserhöhung. Keine fokalen Parenchymläsionen, kein Blutungsnachweis. Gallenblase normal gross, konkrementfrei. Keine Erweiterung der intra-oder extrahepatischen Gallenwege. Pankreas in Grösse und Struktur normal. Milz normal. Keine freie Flüssigkeit. Normale Nierengrössen, linksseitig kleine kortikale Nierenzyste von 12 mm Durchmesser im Oberpolbereich. NBKS nicht erweitert. Musculus iliopsoas regelrecht abgrenzbar. Geringe Harnblasenfüllung bei Blasen-DK in situ. Prostata und Samenblase regelrecht. Keine freie Flüssigkeit. Keine Pleuraergüsse.» Bei der Beurteilung hielt er Folgendes fest: «Lebersteatose, kortikale Nierenzyste links ansonsten normale Oberbauch / Beckensonographie ohne Hinweise für traumatische Parenchymläsionen. Keine freie Flüssigkeit.» (Suva-Nr. 3). 7.4 Dr. med. F. ____, D. ____, attestierte dem Beschwerdeführer am 25. August 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 20. August – 6. September 2015 und hielt fest, dass der Patient voraussichtlich ab 7. September 2015 wieder zu 100 % einsatzfähig sein werde (Suva-Nr. 5). 7.5 Dr. med. H. ____ und Assistenzärztin F. ____, D. ____, stellten im definitiven Austrittsbericht vom 28. August 2015 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 20. bis 26. August 2015 folgende Diagnosen (Suva-Nr. 22): multiple Kontusionsverletzungen mit/bei: - Unterschenkel und Füsse beidseits - HWS/BWS/LWS - Os nasale - Thorax - Schulter links anaphylaktische Reaktion Grad 1 auf Targin am 21.8.2015 - DD: auf Temesta, dies erscheint aber unwahrscheinlich - Klinik: Angioödem der Oberlippe, rechtsbetont V. a. hypertensive Kardiopathie - EKG 21.8.2015: Sinusrhythmus, üLL, RSB, LAHB - Troponin 20.8.15: normwertig - TTE vom 24.8.2015: deutliche konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels mit normaler systolischer Funktion, EF 60 %, gestörte diastolische Funktion Zum Verlauf halten die Ärzte im Wesentlichen fest, der Patient sei nach einem Sturz von einem etwa vier Meter hohen Gerüst am 20. August 2015 notfallmässig per Ambulanz zugewiesen worden. Er habe berichtet, mit den Füssen voran auf dem Beton gelandet zu sein. Danach sei er auf die

linke Seite gefallen und habe zudem noch die Nase am Gerüst angeschlagen. Er sei weder bewusstlos gewesen noch habe er eine Amnesie erlitten. Nun habe er starke Schmerzen thorako-lumbal sowie am linken Unterschenkel. Hirnnerven und Neurostatus seien grobkursorisch unauffällig gewesen. Im Bodycheck habe eine Druckdolenz über der HWS und am thorako-lumbalen Übergang, im Bereich der Unterschenkel beidseits sowie über der linken Schulter festgestellt werden können. Im FAST (Face [Gesicht], Arms [Arme], Speech [Sprache] und Time [Zeit]) habe sich kein Hinweis auf intraabdominale freie Flüssigkeit und Pleura- oder Perikarderguss ergeben. In der CT-Traumaspirale habe sich kein Hinweis auf frische ossäre Läsionen ergeben. Auch habe keine intrakranielle oder intraabdominale Blutung vorgelegen. Im Röntgen der Unterschenkel und OSG beidseits habe sich ebenfalls kein Hinweis auf frische Frakturen ergeben. Im EKG hätten sich ein Rechtsschenkelblock und links-anteriorer Hemiblock, jedoch keine Rhythmusstörungen gezeigt. Bei normwertigem Troponin habe eine Contusio cordis ausgeschlossen werden können. Der Patient sei zur GCS (Glasgow Coma Scale)- und Kreislaufüberwachung auf die Intensivpflegestation aufgenommen worden. Bei stets unauffälliger GCS-Überwachung habe der Patient am 21. August 2015 auf die chirurgische Normalstation verlegt werden können. Aufgrund des auffälligen EKGs habe am 24. August 2015 ein kardiologisches Konsil stattgefunden. Die Befunde der durchgeführten transthorakalen Echokardiographie seien mit einer hypertensiven Herzerkrankung mit konzentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels vereinbar. Der weitere Verlauf sowie die Mobilisation hätten sich erfreulich gestaltet. Am 26. August 2015 habe der Patient unter adäquat kontrollierten Schmerzen und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Beim Prozedere hielten die Ärzte u.a. Folgendes fest: «Körperliche Schonung gemäss Beschwerden. Eine 100 % Arbeitsunfähigkeit wurde vom 20.08.2015 bis 06.08. (recte wohl: 09) 2015 ausgestellt.» (Suva-Nr. 22). 7.6 Im «Arztzeugnis UVG» vom 28. September 2015 diagnostizierte Dr. med. J.____, D.____, beim Beschwerdeführer multiple Kontusionsverletzungen und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 20. August bis voraussichtlich 6. September 2015 sowie einen Behandlungsabschluss per 26. August 2015 (Suva-Nr. 19). 7.7 Med. pract. I.____ hielt am 15. Oktober 2015 im ärztlichen Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin fest, dass sich einen Monat nach dem Unfall eine deutliche Besserung der Fersenschmerzen ergeben habe. Die Rückenschmerzen würden jedoch persistieren. Die Prognose sei günstig. Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit sei noch unklar (Suva-Nr. 24). 7.8 Dr. med. K.____ teilte med. pract. I.____ am 12. November 2015 mit, dass die gewünschte MRT der LWS und des ISG vom 12. November 2015 folgenden Befund ergeben habe: «Normgliedrige LWS mit regulärer Konfiguration der Wirbelkörper. Konus medullaris mit physiologischem Signal auf L1-Niveau. Hyperlordotischer lumbosakraler Übergang bei angedeutetem Sakrum arcuatum. Angedeuteter dorsaler Versatz der Segmente L2-L4. L1/2: Unauffälliges Bandscheibenfach. L2/3: Fazettenarthrose beidseits. Rechtsseitig foraminale Bandscheibenhernie. Leicht ausgeprägte rezessale und foraminale Berührung der Nervenwurzeln. L3/4: Fazettenhypertrophie beidseits. Biforaminaler Diskusbulging. Leichte Berührung der L3-Wurzel und minimale rezessale Enge, rechtsseitig akzentuiert. L4/5: Fazettenhypertrophie beidseits. Beidseits foraminale Bandscheibenprotrusionen, linksseitig deutlich akzentuiert mit kleinem Anulusriss. Leichte linksseitige rezessale Enge und moderate Enge der Neuroforamina. L5/S1: Dorsaler Segmentversatz um ca. 1 mm. Zirkulär beidseits foraminal reichende Bandscheibenhernie. Osteochondrose Stadium II nach Modic. Beidseitige foraminale Enge mit L5-Drängung. Linkseitige Rezessusenge». In seiner Beurteilung kam der Radiologe

zum Schluss, dass eine linksseitige rezessale Enge und beidseitige foraminale Einengung bei osteodiskogenerativen Veränderungen L5/S1 als Korrelat für die angegebene Beschwerdesymptomatik vorlägen. Es seien multisegmentale diskodegenerative Veränderungen der Segmente zwischen L2 und L5, wie oben beschrieben, bei Gefügelockerung der LWS feststellbar (Suva-Nr. 42). 7.9 Aus einem weiteren ärztlichen Zwischenbericht von med. pract. I.____ vom 8. Dezember 2015 geht hervor, dass die Rückenschmerzen nach wie vor persistierten und die Prognose günstig seien. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei nach wie vor unklar (Suva-Nr. 30). 7.10 Dr. med. M.____ berichtete med. pract. I.____ am 22. Dezember 2015 über die Untersuchung im Rahmen der ambulanten Wirbelsäulensprechstunde vom 18. Dezember 2015. Er diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine Lumboischialgie mit radikulärer Ausstrahlung S1 in das linke Bein mit/bei Facettengelenkshypertrophie L5/S1 beidseits bei ausgeprägter Spondylarthrose tieflumbal und Diskusprotrusion mediolateral L5/S1 mit möglicher Wurzelkompression S1 links. Der Patient habe berichtet, dass er seit August dieses Jahres starke Rücken- und Beinschmerzen habe. Aktuell seien die Rückenschmerzen deutlich mehr als die Beinschmerzen. Die Beschwerden seien im lumbosakralen Übergang mit Ausstrahlung ins linke Gesäss bis zum lateralen Fussrand. Die Schmerzen seien im Verlauf des Tages zunehmend und teilweise von Kribbelgefühl im Fuss begleitet. Eine Limitierung der Gehstrecke habe er bis jetzt nicht bemerkt. Er sei wegen den starken Schmerzen aktuell arbeitsunfähig. Als Befund hielt Dr. med. M.____ Folgendes fest: «Gangbild schonhinkend, Fersen- sowie Zehenspitzenang unsicher. Starke Druck- und Klopfdolenz im lumbosakralen Übergang über dem Processus spinosi. Sensomotorik der unteren Extremitäten seitengleich intakt.». Aufgrund der starken Rücken- und Beinschmerzen im Zusammenhang mit dem MR-tomographischen Befund seien – so Dr. med. M.____ – mit dem Patienten eine Infiltration der Facettengelenke L5/S1 links und eine epidurale Infiltration L5/S1 links besprochen worden, wofür er im Verlauf aufgebeten werde (Suva-Nr. 41). 7.11 Kreisarzt med. pract. O.____ attestierte dem Beschwerdeführer am 1. Februar 2016, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass dieser in dieselbe Tätigkeit werde zurückkehren können. Bei einem regulären Verlauf bis zur beruflichen Wiedereingliederung sei mit einer Behandlungsdauer von zirka sechs Monaten nach dem Unfall zu rechnen, also zirka Ende Februar, anfangs März (2016). Im Weiteren hielt der Kreisarzt fest, dass das Resultat der Infiltration durch Dr. med. M.____ abzuwarten sei, und schlug vor, den Fall im April erneut vorzulegen und eventuell eine kreisärztliche Untersuchung durchzuführen (Suva-Nr. 37). 7.12 Am 9. Februar 2016 führte med. pract. I.____ in einem weiteren Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin aus, dass die Prognose bei persistierenden Rückenschmerzen eher günstig sei. Zurzeit sei der Beschwerdeführer bei Dr. med. M.____ in Behandlung. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei bis mindestens 4. März 2016 nicht vorgesehen (Suva-Nr. 44). 7.13 Dr. med. M.____ orientierte med. pract. I.____ am 10. Februar 2016 über die Behandlung des Beschwerdeführers vom

E. 5

Februar 2016. Es habe – bei gleichlautender Diagnose (Lumboischialgie mit radikulärer Ausstrahlung S1 in das linke Bein mit/bei Facettengelenkshypertrophie L5/S1 beidseits bei ausgeprägter Spondylarthrose tieflumbal und Diskusprotrusion mediolateral L5/S1 mit möglicher Wurzelkompression S1 links) – wie vereinbart die epidurale Infiltration L5/S1 links durchgeführt und problemlos 40 mg Kenacort instilliert werden können. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 52). 7.14 Am 8. März 2016 berichtete Dr. med. M.____ med.

pract. I. ___ erneut über die Behandlung des Beschwerdeführers vom 4. März 2016. Bei wiederum gleichlautender Diagnose hielt Dr. med. M. ___ fest, dass die letzte Infiltration im epiduralen Bereich L5/S1 dem Patienten eine deutliche Besserung seiner in die Beine ausstrahlenden Schmerzen gebracht habe. Bei jetzt wieder vorliegenden Rückenschmerzen habe er die vereinbarte Infiltration im Facettenbereich L5/S1 auf beiden Seiten durchgeführt. Er habe problemlos Bupivacain mit jeweils 20 mg Kenacort instillieren können. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 53). 7.15 Eine erneute Behandlung des Beschwerdeführers bei Dr. med. M. ___ erfolgte am 20. Mai 2016, worüber dieser med. pract. I. ___ am 25. Mai 2016 Bericht erstattete. Bei wiederum gleichlautender Diagnose stellte Dr. med. M. ___ fest, bei erneuten linksseitigen lumboischialgieformen Schmerzen heute die epidurale Infiltration L5/S1 links wiederholt und problemlos 40 mg Kenacort instilliert zu haben. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 63). 7.16 Am 7. Juni 2016 äusserte sich Kreisarzt Dr. med. P. ___ zu den durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen wie folgt: Der Beschwerdeführer habe ausschliesslich Kontusionen; dies auch im Bereich der LWS, wo jetzt noch Beschwerden bestünden. Die anderen Kontusionsbereiche spielten offenbar erwartungsgemäss keine Rolle mehr (Status quo sine dafür zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis). Mittels MRT der LWS seien traumatische strukturelle Läsionen im Bereich der LWS ausgeschlossen, aber erhebliche degenerative Veränderungen nachgewiesen worden. Bezüglich der LWS sei von einem Status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis auszugehen. Somit lägen keinerlei Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit vor (Suva-Nr. 65). 7.17 Kreisarzt Dr. med. Q. ___ nahm am 15. Juli 2016 zur Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. P. ___ vom 7. Juni 2016 Stellung. Er führte dabei aus, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich Kontusionen gehabt habe, so auch im Bereich der Lendenwirbelsäule, wo jetzt noch Beschwerden bestünden. Die anderen Kontusionsbereiche spielten offenbar, und wie zu erwarten gewesen sei, keine Rolle mehr (Status quo sine dafür zirka sechs Wochen nach Unfallereignis). Mittels MRT der Lendenwirbelsäule seien traumatische strukturelle Läsionen im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen, jedoch erhebliche degenerative Veränderungen nachgewiesen. Bezüglich der Lendenwirbelsäule sei von einem Status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis auszugehen. Somit lägen keinerlei Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit vor (Suva-Nr. 75). 7.18 Der Berichterstattung von Dr. med. R. ___ vom 26. August 2016 an med. pract. I. ___ über die Untersuchung und Behandlung des Beschwerdeführers lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (Suva-Nr. 88 S. 28 ff.): Zu diagnostizieren seien eine posttraumatische Zervikozephalgie, eine Zervikobrachialgie beidseits, eine Coxalgie links, Fussbeschwerden links, eine Lumboischialgie links bei Diskushernie L5-S1 sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Nach der Anamnese und dem Befund hielt Dr. med. R. ___ im Rahmen von Beurteilung und Prozedere fest, dass es sich beim Leiden des 49-jährigen Vorhangschienen-Monteurs um einen Status nach einem Sturz aus 4,2 Metern Höhe handle. Der Sturz sei durch den nicht ordnungsgerechten, fahrlässigen Zusammenbau des Gerüsts erfolgt. Der Patient habe zum Zeitpunkt des Unfalls einen Helm getragen. Es sei beim Unfall zu einer kurz dauernden Bewusstlosigkeit mit epileptischem Anfall gekommen, jedoch ohne Zungenbiss und Urinverlust. Der Patient könne sich nicht daran erinnern, was nach dem Unfall passiert sei; dies deute auf eine anterograde Amnesie hin. Der Verlauf sei protrahiert und äussere sich zurzeit durch Zervikozephalgien, Zervikobrachialgien, eine Coxalgie links mit Bewegungseinschränkung und eine Lumboischialgie links bei Diskushernie mit OSG-Instabilität, die entweder durch den

Unfall verursacht worden oder symptomatisch sei. Tatsache sei, dass der Patient seit 12 Jahren wegen Rückenschmerzen nie krankgeschrieben worden sei und nie einen Arzt aufgesucht habe. Er leide zudem an Konzentrationsstörungen, Schwindel, Schlafstörungen und Depression. Aus seiner Sicht, so führte Dr. med. R. ___ weiter aus, handle es sich zweifellos und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um Unfallfolgen, da ein Sturz aus 4,2 Metern Höhe als grosses kinetisches Trauma anzusehen sei und glücklicherweise zu keinen schwerwiegenden Folgen geführt habe. Selbstverständlich unterstütze er den Patienten dabei, seine Rechte gegenüber der Suva und der Firma, die die Gerüste gestellt habe, einzufordern. Die Feststellung der Suva, dass der Status quo ante, oder noch schlimmer, der Status quo sine erreicht sei, ohne kreisärztliche Untersuchung eines Patienten, der den Unfall nicht hätte überleben können, erachte er als (dem Patienten gegenüber unzumutbar) äusserst merkwürdig; dies sei einer nationalen Unfallversicherung nicht würdig und seltsam. Seine heutige Untersuchung spreche klar dafür, dass der Patient zurzeit und bis auf weiteres im Bereich der Vorhangschienenmontage zu 100 % arbeitsunfähig sei. Als weitere Abklärungen schlage er neurologische Untersuchungen wie auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und eine psychologische/psychiatrische Standortbestimmung vor. Der Patient sei auf die linke Seite gefallen, inklusive den linken Fuss. Somit hätte er die meisten Verletzungen «sowohl des Bewegungsapparates wie auch den inneren Organen erfahren». Die Suva sei um eine Statistik anzufragen, woraus die Fälle der Patienten hervorgehe, die aus eine Höhe von 4,2 m heruntergefallen seien mit Epikrise. Ob eine Diskushernie durch einen derartigen Unfall entstehen könne, sei nach normalen Menschenverstand nicht möglich. Ein Kausalitätsbeweis sei selbstverständlich nicht möglich; um dies zu beweisen, hätte man den Patienten einen Tag vor dem Unfall «auf eine Diskushernie mit MRI-Untersuchung als Standortbestimmung machen sollen». Selbstverständlich könnte man versuchen, physikalisch nach Berechnung der Kräfte der Dezelleration, Ex-Vitro eine experimentelle Diskushernie zu provozieren (Suva-Nr. 88). 7.19 Am 20. Januar 2017 nahm Dr. med. R. ___ (im bereits hängigen Beschwerdeverfahren) auf Wunsch des Beschwerdeführers zur Antwort des Rechtsanwalts der Suva Stellung und führte dabei im Wesentlichen Folgendes aus (A.S. 22 f.; Suva-Nr. 115): In der Darstellung des Rechtsanwalts werde beschrieben, dass der Patient auf den Füessen gelandet und erst danach auf die linke Seite (Hüfte) gefallen sei. Der Patient sei nach eigener Aussage ihm, Dr. med. R. ___, gegenüber, nicht auf den Füessen gelandet, sondern während des Sturzes vom Gerüst mit den Füessen an ein Rohr gestossen und mit voller Geschwindigkeit und Kraft mit der linken Hüfte voran auf die linke Körperseite gefallen. Somit sei es nicht zu einer Abfederung des Sturzes aus 4,2 m Höhe auf harten Betonboden durch den Kontakt der Füesse mit dem Boden gekommen. Zurzeit leide der Patient an Hüft- und Rückenschmerzen links sowie an Gangunsicherheit und Instabilität der ganzen unteren Extremität, die er, Dr. med. R. ___, als momentane Einklemmung eines Nervs im unteren Lendenwirbelbereich interpretiere. Diese momentane Einklemmung ist wahrscheinlich durch eine segmentale Instabilität der Wirbelsäule verursacht. Auch wenn radiologisch und durch sonstige bildgebende Verfahren, wie MRI, keine traumatischen Läsionen sichtbar seien, müsste es zu einer Erschütterung der Wirbelsäulestrukturen gekommen sein, die eine Instabilität respektive Aktivierung der vorbestehenden, jedoch bis zum Moment des Unfalles stummen (asymptomatischen) degenerativen, altersentsprechenden Veränderungen herbeigeführt habe. Klinisch habe er keine Zweifel, dass der Patient unter starken, ständigen Schmerzen leide, die sich zuspitzen und eine Intensität von Grad 8 bis 9 auf der AVS-Skala (Audio-Visuelle-Skala)

hervorriefen. Dazu komme es zu einer subjektiven Instabilität, die entweder schmerzbedingt oder tatsächlich durch Einklemmung eines Nervs in der Lendenwirbelsäule verursacht werde. Auch wenn er über die Kausalität keine medizinischen Beweise liefern könne, da einerseits die objektiven Untersuchungen nicht genügend sensitiv und noch weniger spezifisch seien, und andererseits der Vorzustand des Patienten mangels der bildgebenden Standortbestimmungen nicht bekannt sei, sei er sicher, dass die Kausalität durch den normalen Menschenverstand gegeben sei. Bis zum Unfall sei der Patient voll arbeitsfähig gewesen und habe trotz seines fortgeschrittenen Alters (49,5 Jahre) schwere Arbeiten schmerzfrei verrichten können. Somit könne er, Dr. med. R. ____, eine zwar mögliche, aber aus der Erfahrung (30 Jahre als Orthopäde) nie gesehene, spontane Entwicklung einer so invalidisierenden Schmerzsymptomatik bei diesem Typ von Person nicht in Erwägung ziehen. Um die Angelegenheit gerecht zu lösen, müsste man sich auf eine Untersuchungsmethode einigen und diese wissenschaftlich durchführen, beispielsweise auf die rein theoretische Rekonstruktion des Unfalls mit definierten Modellen und Berechnung der Kräfte, die sich in diesem Fall auf die Wirbelsäule ausgewirkt hätten, und so einen Rückschluss auf mögliche Läsionen der Wirbelsäule ziehen. Eine weitere Möglichkeit sei, eine Statistik aller UVG-registrierten Stürze aus vier Metern Höhe zu analysieren und die gesundheitliche Entwicklung des Patienten mit anderen Fällen zu vergleichen. Allerdings lasse die Behandlung und die gesamte Betreuung des Patienten nach dem Unfall aus seiner Sicht zu wünschen übrig. Die SUVA habe seiner meiner Meinung nach den Fall des Patienten zu früh abgeschlossen, ohne dass er vom Kreisarzt untersucht worden wäre. Der Rechtsanwalt der Suva habe ausserdem geschrieben, dass er, Dr. med. R. ____, von falschen Grundlagen bzw. davon ausgegangen sei, dass der Patient kurz bewusstlos gewesen sei; dies sei keine falsche Grundlage, denn der Patient habe über einen temporären Bewusstseinsverlust berichtet. Des Weiteren hätten Mitarbeiter einer anderen Firma den Sturz beobachtet und dem Patienten von krampfartigen Bewegungen erzählt, die dieser selber nicht realisiert habe. Um die Thematik der posttraumatischen Belastungsstörung aufzugreifen: Der Rechtsanwalt der Suva sehe den Unfall als banales Ereignis, das nicht der Auslöser für eine posttraumatische Belastungsstörung sein könne. Als «Nicht-Psychiater» sei ihm die Definition und Praxis von Diagnose und Behandlung solcher Situationen nicht bekannt. Er könne sich jedoch vorstellen, dass ein Sturz aus über vier Metern Höhe eine schwere Belastungsstörung auslösen könne, doch sollte dies Gegenstand der psychiatrischen Begutachtung sein. Es sei weder ihm noch dem Rechtsanwalt der Suva möglich, den kausalen Zusammenhang objektiv (Bildgebung) zu beweisen respektive dagegen zu sprechen; wenn dies nicht möglich sei, belege dies die Schwäche der Beweisführung. Er schlage eine unabhängige Begutachtung zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit (funktionelle Leistungsprüfung) und der Kausalität, inklusive psychiatrischer Begutachtung, vor. Als bildgebende Verfahren schlage er ein MRI im Stehen vor (A.S. 22 f.; Suva-Nr. 115). 8. Die Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt Folgendes: 8.1 8.1.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin beruhe lediglich auf der rudimentären kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 7. Juni 2016; dazu sei festzuhalten, dass der in dieser Notiz festgelegte Zeitraum des Erreichens des Status quo sine vel ante (sechs Wochen) im Widerspruch zu demjenigen stehe, den Dr. med. Q. ___ am 15. Juli 2016 festgelegt habe (vier Monate). Anscheinend seien sich die Suva-Ärzte selber nicht einig. Dazu komme, dass der Verfasser der Aktennotiz vom 7. Juni 2016 mit der Wendung «wie zu erwarten war» von Anfang an zugegeben habe, wie das Resultat herauskommen würde. Das

Abklärungsverfahren sei folglich vorbestimmt und nicht ergebnisoffen gewesen, weshalb die Suva-Ärzte als befangen zu gelten hätten. Schliesslich sei festzustellen, dass Dr. med. P. ___ seine Beurteilung vom 7. Juni 2016 nicht rechtsgültig unterzeichnet habe (A.S. 41 f.).

8.1.2 Dazu entgegnet die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, dass betreffend die geklagten Rückenbeschwerden (mit Ausstrahlung in die Beine) keiner der Kreisärzte von einem sechs Wochen nach dem Unfall erreichten Status quo sine ausgegangen sei. Dr. med. P. ___ habe (am 7. Juni 2016) lediglich festgehalten, dass die anderen Kontusionsbereiche offenbar, und wie zu erwarten gewesen sei, keine Probleme mehr bereiten würden (A.S. 72). Diese Einschätzung habe Dr. med. Q. ___ am 15. Juli 2016 bestätigt, wonach die anderen Kontusionsbereiche offensichtlich und erwartungsgemäss keine Rolle mehr spielten (Status quo sine zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis; Suva-Nr. 75). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers lasse die Formulierung «wie zu erwarten war» keineswegs darauf schliessen, dass das Abklärungsverfahren vorbestimmt gewesen sei. Dr. med. P. ___ habe unter Berücksichtigung und in Übereinstimmung mit den medizinischen Akten lediglich festgehalten, dass die anderen Kontusionen, wie zu erwarten gewesen sei, offensichtlich keine Probleme mehr bereiteten. Angesichts der Tatsache, dass Kontusionen in der Regel innert weniger Wochen abheilten, sei diese Aussage durchaus nachvollziehbar (A.S. 72).

8.1.3 Dr. med. P. ___ führte am 7. Juni 2016 zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 20. August 2015 ausschliesslich Kontusionen erlitten. Diese Kontusionen hätten sich im Bereich der LWS und an anderen Stellen ergeben. An den anderen Stellen seien offenbar keine Beschwerden mehr vorhanden, was den Erwartungen entspreche, sei doch diesbezüglich nach etwa sechs Wochen vom Erreichen des status quo sine auszugehen. In Bezug auf die LWS könne der status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis angenommen werden (vgl. Suva-Nr. 65). Der Kreisarzt Dr. med. Q. ___ erklärte in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2016 (Suva-Nr. 75) ebenfalls, der Status quo sine für die «anderen Kontusionsbereiche» sei zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis, der Status quo sine für die LWS-Beschwerden etwa vier Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden. Der vom Beschwerdeführer angeführte innere Widerspruch besteht nicht, unterscheiden doch beide Kreisärzte deutlich zwischen dem status quo sine an der LWS (nach zirka vier Monaten) und an «anderen Stellen» (nach zirka sechs Wochen). Die Wendung «wie zu erwarten» (Suva-Nr. 65 S. 2) lässt lediglich erkennen, dass der Rückgang der «übrigen Beschwerden» dem üblichen Verlauf entspricht. Diese Ausführungen der beiden Kreisärzte sind schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. So hielt der behandelnde Arzt med. pract. I. ___ fest, einen Monat nach dem Unfall hätten sich die Fersenschmerzen deutlich gebessert, während die Rückenschmerzen persistierten, wobei die Prognose günstig sei (vgl. E. II. 7.7 hiervor). In den weiteren ärztlichen Zwischenberichten von med. pract. I. ___ ist beim Verlauf ausnahmslos von Rückenschmerzen die Rede (Suva-Nr. 30, 44). Die Annahme, der Status quo sine sei spätestens vier Monate nach dem Unfall erreicht worden, wird durch die von der Rechtsprechung anerkannte medizinische Erfahrung gestützt (vgl. E. II. 4.7 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen nicht bereits nach vier, sondern erst gut neun Monate nach dem Unfallereignis eingestellt, was auch deutlich über die Einschätzung von Dr. med. O. ___ vom 1. Februar 2016 hinausgeht (Suva-Nr. 37), so dass auch einem allfälligen protrahierten Verlauf in jedem Fall hinreichend Rechnung getragen worden wäre. Schliesslich ist die Beurteilung von Dr. med. P. ___ – im Unterschied zu jener von Dr. med. Q. ___ – zwar nicht persönlich unterzeichnet. Einzig deswegen an der Echtheit des Berichts zu zweifeln, wie dies der Beschwerdeführer erstmals im Beschwerdeverfahren

vorbringt, besteht jedoch kein Anlass, handelt es doch dabei einerseits um ein offizielles Dokument der Beschwerdegegnerin und hat im Übrigen Dr. med. O.____ seine Beurteilung auch nicht mit einer Unterschrift versehen (Suva-Nr. 37). Andererseits sind auch die Berichte der D.____-Ärzte sowie jener des N.____ nicht persönlich, sondern lediglich elektronisch visiert (vgl. Suva-Nr. 1 ff., 22, 41, 52, 63), was ebenfalls keine Zweifel an ihrer Echtheit zu wecken vermag.

8.2 8.2.1 Den Aktenbeurteilungen von Dres. med. P.____ und Q.____ könne – so der Beschwerdeführer im Weiteren – kein Beweiswert zukommen, weil die Ärzte den Beschwerdeführer weder persönlich gesehen noch untersucht hätten (A.S. 42). Dazu hält die Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer umfassend und insbesondere mehrfach bildgebend abgeklärt worden sei. Die Kreisärzte hätten somit unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Einschätzung eine verlässliche Aktenbeurteilung vornehmen können. Eine kreisärztliche Untersuchung sei daher nicht angezeigt gewesen (A.S. 72).

8.2.2 Eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten ist nicht an sich beweisuntauglich. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

8.2.3 Im vorliegenden Fall hatten die beiden Fachärzte Dres. med. P.____ und Q.____ über sämtliche relevanten Arztberichte verfügt, wozu insbesondere jener von Dres. med. B.____, C.____, und E.____, der Austrittsbericht der SRO-Ärzte sowie der Bericht des Radiologen Dr. med. K.____ gehören (Suva-Nr. 1, 2, 3, 22, 42). Damit waren sie in der Lage, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und neue medizinischen Abklärungen eine Beurteilung des feststehenden medizinischen Sachverhalts vorzunehmen und sich zur Frage der Arbeitsfähigkeit zu äussern. Es gibt nichts daran auszusetzen, dass der Kreisarzt Dr. med. Q.____ eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hatte. So befinden sich in den Akten namentlich ausführliche, auf klinischen und bildgebenden Untersuchungen beruhende Berichte, die die Situation kurz nach dem Unfallereignis aufzeigen (Suva-Nr. 1 ff.). Was die Situation der LWS und des ISG anbelangt, konnte der Kreisarzt auf den Bericht von Dr. med. K.____ abstellen, der aufgrund der MRT von degenerativen, mithin nicht unfallbedingten Veränderungen spricht (Suva-Nr. 42). Namentlich hatten Dr. med. Q.____ der Bericht von Dr. med. B.____ vom 20. August 2015, der Bericht der CT des Thorax und Abdomens sowie der HWS und des Schädels, ebenfalls vom 20. August 2015, sowie die Abdomensonographie vom 21. August 2015 und der MRT-Bericht vom 12. November 2015 vorgelegen; darauf kann verwiesen werden (vgl. Suva-Nr. 1 ff.). Die Aussage des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. R.____, vor dem Unfall sei er beschwerdefrei gewesen (Suva-Nr. 93, S. 3 f.; 115, S. 1), läuft auf einen unzulässigen «post hoc, ergo propter hoc» Schluss hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 ■ SVR 2016 UV

Nr. 24 S. 75, 8C_354/2015 E.7.2). Der Umstand, dass keine persönliche Untersuchung stattfand, vermag den Beweiswert der Stellungnahmen der beiden Kreisärzte somit nicht zu schmälern. 8.3 8.3.1 Ferner moniert der Beschwerdeführer, dass sich der Kreisarzt mit der anderslautenden Beurteilung von Dr. med. R. ___ nicht auseinandergesetzt habe; dieser habe das Unfallereignis als «grosses kinetisches Trauma» und im Gegensatz zu den Suva-Ärzten beim Beschwerdeführer auch eine weitergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt (A.S. 42). Dazu wird in der Beschwerdeantwort festgehalten, dass sämtliche Ärzte lediglich diverse Kontusionen sowie erhebliche degenerative Veränderungen diagnostiziert hätten. Im Gegensatz dazu reihe Dr. med. R. ___ in seinen Berichten ohne Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage diverse Diagnosen – auch ausserhalb seines Fachbereichs – aneinander und ordne wild verschiedene Abklärungen an. Er begründe die Unfallkausalität lediglich damit, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt habe und halte gleichzeitig fest, der natürliche Kausalzusammenhang könne nicht bewiesen werden. Betreffend die Zweifel an der nicht nachvollziehbaren Darstellung des Sachverhalts durch Dr. med. R. ___ verweist die Beschwerdegegnerin auf den angefochtenen Einspracheentscheid (A.S. 71). 8.3.2 Den Ausführungen von Dr. med. R. ___ vom 26. August 2016 und 20. Januar 2017 (E. II. 7.18 und 19 hiervor) kann schon deshalb nur eingeschränkte Beweiskraft beigemessen werden, weil davon ausgegangen werden muss, dass dem Arzt die Vorakten nicht oder zumindest nicht vollständig vorlagen; dies äussert sich darin, dass er nicht auf Feststellungen verweist, welche die vorbehandelnden Ärzte getroffen haben. Das Fehlen der Vorakten hat auch zur Folge, dass Dr. med. R. ___ von einem Unfallhergang ausgeht, der in mehreren Punkten (Aufprall mit der linken Hüfte, Bewusstlosigkeit, Amnesie) nicht als erstellt angesehen werden kann (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Der Beurteilung von Dr. med. R. ___ steht die am Unfalltag durchgeführte Untersuchung durch Dr. med. B. ___ entgegen, wonach in den Bereichen der Unterschenkel und Füsse keine Frakturlinien, Fragmentdislokation, Luxationen oder Subluxationen und auch keine wesentliche Weichteilschwellung erkennbar gewesen seien (Suva-Nr. 1). Nichts Anderes geht denn auch aus dem Bericht der am selben Tag durchgeführten CT hervor; so seien im Bereich der HWS die knöchernen Strukturen intakt zur Darstellung gekommen, und hätten im Segment der HWK 5/6 eine Osteochondrose und geringe Retrospondylose bestanden. Im Weiteren seien aber keine Weichteileinblutungen ersichtlich gewesen. Aus der Thorax-CT seien sodann lediglich geringe degenerative Veränderungen der BWS und LWS, indessen keine ossären Läsionen, ersichtlich gewesen (Suva-Nr. 2). Auch aus dem MRT-Bericht vom 12. November 2015 gehen sodann das Vorliegen einer linksseitigen rezessalen Enge und beidseitiger foraminaler Einengung bei osteodiskodegenerativen Veränderungen L5/S1 sowie multisegmentaler diskodegenerativer Veränderungen der Segmente zwischen L2 und L5 bei Gefügelockerungen der LWS hervor (Suva-Nr. 42). Im Übrigen ist bereits im Befund von Dr. med. C. ___ am Unfalltag vom 20. August 2015 die Rede von geringen degenerativen Veränderungen von BWS und LWS (Suva-Nr. 2). Entgegen den Ausführungen von Dr. med. R. ___ geht damit aus den bildgebenden Befunden eben hervor, dass keine strukturellen Verletzungen des Bewegungsapparates oder der inneren Organe vorgelegen haben. Folglich erübrigt sich der durch den Beschwerdeführer beantragte Beizug einer Tabelle mit Läsionen der Organe (vgl. A.S. 38 und Suva-Nr. 88, S. 29 [Dr. med. R. ___ führt an dieser Stelle an, er lege seiner Stellungnahme vom 26. August 2016 «eine Tabelle von möglichen Organverletzungen je nach Stelle des Impaktes» bei]). Soweit Dr. med. R. ___ das Vorliegen einer Diskushernie L5-S1 diagnostiziert hat, wobei er allerdings von einem anderen, hier nicht erwiesenen

Unfallhergang ausgeht (vgl. E. II. 6 hiervor), ist Folgendes festzustellen: Es entspricht nach konstanter Rechtsprechung 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007). Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setzt voraus, dass der Unfall von besonderer Schwere und geeignet gewesen ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie – vertebrales oder radikuläres Syndrom – unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_492/2009 vom 21. Dezember 2009 E. 6.3.2). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 5. 1 E. 2.3.1 f. und Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3). Gemäss der am Unfalltag durchgeführten Untersuchung, der CT sowie dem MRT-Bericht, der vom 12. November 2015 datiert, sind keine Hinweise auf eine Diskushernie gefunden worden. Das Unfallereignis vom 20. August 2015 kann nicht als besonders schwer im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden. Die Beweislage lässt nicht darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer bereits damals unter den rechtsprechungsgemäss erforderlichen akuten Symptomen gelitten hätte. Eine unfallbedingte Diskushernie – und damit notwendigerweise ein vertebrales oder radikuläres Syndrom – wäre bei diesen Untersuchungen nicht unbemerkt geblieben. Zudem ist auch im Falle einer Aktivierung eine richtunggebende Verschlimmerung aufgrund der medizinischen Akten – wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid schliesslich zutreffend festgestellt hat – zu verneinen, insbesondere nachdem eine solche bildgebend auch nicht ausgewiesen ist.

8.3.3 Der Bericht von Dr. med. R. ___ als behandelnder orthopädischer Facharzt ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. Q. ___ hervorzurufen, zumal Dr. med. R. ___ – wie vorstehend angeführt – von einem anderen Unfallhergang ausgeht. Gleich verhält es sich im Übrigen mit den Berichten und Einschätzungen von med. pract. I. ___ (Suva-Nr. 44). Bei diesen Arztberichten gilt es auch zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso – wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. R. ___ – für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2017 vom 20. Oktober 2017 E. 3.3.6 mit Hinweisen).

8.3.4 Folglich erübrigen sich – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 45 f.) – weitere medizinischen

Abklärungen. So gilt es zu beachten, dass die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung führen müssen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (s.a. E. II E. 5.1 hiervor). Da – wie vorstehend ausgeführt – die Einschätzung der medizinischen Situation und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf umfassenden Abklärungen beruhen, die insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis führen und keine auch nur geringe Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung durch Dr. med. Q.____ bestehen, geht dieser Vorwurf des Beschwerdeführers fehl. Auch die durch Dr. med. R.____ vorgebrachte Tatsache, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen, ist unbehelflich; namentlich lässt sich – wie im angefochtenen Entscheid festgehalten – daraus nicht ableiten, dass die nach wie vor bestehende und geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit noch unfallkausal ist. Was seine Einschätzung vom 26. August 2016 anbelangt, der Patient sei zurzeit und bis auf weiteres im Bereich der Vorhangschienenmontage zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-Nr. 97, S. 2), bleibt festzustellen, dass auf diese Zumutbarkeitsbeurteilung nicht abgestellt werden kann. So hat der Beschwerdeführer beim Unfall nach der überzeugenden Beurteilung von Dr. med. Q.____ keine Verletzungen erlitten, die ihn – aus somatischer Sicht – an der bisherigen Tätigkeit als Monteur (Suva-Nr. 4) hinderten. Aus der Stellungnahme von Dr. R.____ vom 20. Januar 2017 geht schliesslich nichts Neues hervor (Suva-Nr. 115).

8.4 Aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. Q.____ vom 15. Juli 2016 ist somit mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule nach vier Monaten sowie hinsichtlich der anderen Kontusionsbereiche bereits nach sechs Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr auf den versicherten Unfall zurückzuführen gewesen sind. Der Beizug der durch Dr. med. R.____ erwähnten Tabelle ist, wie bereits dargelegt nicht nötig, zumal davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer zunächst mit den Füßen auf dem Boden aufgekomen und nicht direkt auf die linke Seite gefallen ist (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Gleich verhält es sich mit den Vorschlägen von Dr. med. R.____, neurologische Untersuchungen durchzuführen sowie die funktionelle Leistungsfähigkeit zu evaluieren (Suva-Nr. 97, S. 2). Gleich ist schliesslich mit dem Begehren des Beschwerdeführers zu verfahren, es seien die Strafverfahrensakten (PEN 16367) beizuziehen, die den Suva-Ärzten nicht zur Verfügung gestanden hätten (A.S. 44); inwiefern diese Akten im vorliegenden Fall zusätzliche Informationen zur klaren medizinischen Ausgangslage liefern sollten, ist nicht nachvollziehbar und hat der Beschwerdeführer auch nicht erklärt; dies gilt umso mehr, weil im Zentrum der Strafuntersuchung die Frage nach Pflichtverletzungen durch die Baustellenverantwortlichen steht.

8.5 Es trifft zwar zu, dass keine Angaben über den Vorzustand des Beschwerdeführers vorliegen. Indes ist festzustellen, dass die Beschwerden – gestützt auf die beweiswürdige, kreisärztliche Beurteilung – im Bereich der LWS nach vier Monaten sowie jene bezüglich der anderen Kontusionsbereiche bereits nach sechs Wochen nach dem Unfall vom 20. August 2015 nicht mehr auf dieses Ereignis zurückzuführen waren. Weitere Abklärungen bezüglich des Vorzustands erscheinen daher als entbehrlich. Sie wären auch kaum erfolgversprechend.

9.1 Zudem bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der Beurteilung von Dr. med. R.____ vom 26. August 2016 sei eine psychiatrische Abklärung erforderlich; es sei abzuklären, ob es sich hier um eigenständiges Krankheitsbild handle oder nicht (A.S. 43). Dr. med. R.____ hat am 26. August 2016 auch eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (Suva-Nr. 97, S. 1); dazu ist vorab festzustellen, dass die Psychiatrie nicht zu seinem Fachgebiet als Facharzt für orthopädische Chirurgie gehört. Zudem fehlt es an der nötigen Schwere des allenfalls auslösenden Ereignisses. Die genannte Diagnose kann daher nicht als ausgewiesen gelten. Es lässt sich aber auch nicht ausschliessen, dass Beschwerden vorliegen, die sich keinem organischen Substrat zuordnen lassen. Nach der Rechtsprechung kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang bei derartigen Beschwerden offen gelassen werden, wenn der für die Bejahung einer Leistungspflicht überdies erforderliche adäquate Kausalzusammenhang verneint werden muss (BGE 135 V 465 E. 5 S. 472), was hier – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – der Fall ist.

9.2 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der wiederkehrenden Formulierung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a S. 461). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c S. 462). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

9.3 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden, ohne dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der HWS oder einen äquivalenten Verletzungsmechanismus erlitten hat, erfolgt die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien. Nach dieser Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis bzw. einer unfallähnlichen Körperschädigung und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem fraglichen Ereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt; dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 S. 141 mit Hinweisen).

E. 9.4

9.4.1 Eine spezielle Adäquanzprüfung verlangt zunächst eine Qualifikation des Unfallereignisses nach seiner Schwere. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen; dies gilt etwa für die – ein

eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, die sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für – unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zu prüfende – äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Urteil des Bundesgericht U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1 [SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26]). Die erlittenen Verletzungen können aber immerhin Rückschlüsse auf die Kräfte gestatten, die sich beim Unfall entwickelt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 [SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203]).

9.4.2 Die Rechtsprechung hat Stürze aus einer Höhe von einigen Metern in der Regel als mittelschwer im eigentlichen Sinn qualifiziert. So beurteilt wurde etwa ein Sturz von einem Garagendach, bei dem der Versicherte auf den Füßen landen konnte, und dies unabhängig von der genauen Sturzhöhe, die zwischen drei Metern und fünf Metern angesiedelt war (Urteil des Bundesgerichts U 11/07 vom 27. Februar 2008 E. 4.2). Als mittelschwer (ohne nähere Einordnung) wurde der Sturz eines Gipsers von einem Baugerüst kopfüber ein Stockwerk in die Tiefe, bei dem er mit dem Gesicht auf einem abgestellten Gerät aufschlug und sich eine Kieferfraktur zuzog eingestuft (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009, E. 4.2). Höchstens mittelschwer im engeren Sinn war der Sturz eines Werkstattleiters von einer Leiter aus zirka vier bis fünf Metern Höhe auf einen Hallenboden (Urteil des Bundesgerichts 8C_1014/2009 vom 22. Februar 2010 E. 5.1). Ein Sturz aus 3,2 Metern wurde den mittelschweren Unfällen zugeordnet (Urteil 8C_882/2011 vom 29. Februar 2012 E. 4.2.4). Ebenfalls mittelschwer (im engeren Sinn) waren ein Sturz über insgesamt etwa fünf bis sieben Meter, jedoch abgebremst durch einen Zwischenboden (Urteil U 417/06 vom 19. Juni 2007 E. 4.2.1) und ein Sturz «aus einigen Metern» auf den Rücken (Urteil 8C_871/2014 vom 24. Juni 2015 Sachverhalt A. und E. 4). Im neueren Urteil 8C_766/2017 vom 30. Juli 2018 wurde ein Sturz aus einer Höhe von vier Metern, bei dem die versicherte Person auf der linken Seite landete und sich erhebliche Verletzungen am linken Arm zuzog, als mittelschwer im engeren Sinn qualifiziert. Den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zugeordnet wurde dagegen ein Sturz aus drei bis vier Metern Höhe, den ein Versicherter nach einem Stromschlag in bewusstlosem Zustand erlitt (Urteil 8C_584/2010 vom 11. März 2011 E., 4.2.4 [SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35]). Abgesehen von diesem Unfallhergang, der besondere, erschwerende Umstände aufwies, wurden nur Ereignisse mit einer Sturzhöhe von mindestens fünf Metern als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert (vgl. die Übersicht im Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4.2).

9.4.3 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 20. August 2015 lässt sich – gestützt auf die Ausführungen in E. II. 6 hiervor – folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer war von einem Baugerüst aus mit der Reinigung und Funktionsprüfung von Vorhangstangen beschäftigt, als er aus einer Höhe von 3,25 m mit den Füßen voran auf den darunterliegenden Betonboden stürzte und dann auf die linke Seite fiel. Im Lichte des Massstabs, der sich aus den vorstehend zitierten Urteilen des Bundesgerichts ableiten lässt, ist dieses Ereignis anhand des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. das zitierte Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1) als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren. Von dieser Qualifikation, gegen die der Beschwerdeführer im Übrigen nichts eingewendet hat, wäre mit Blick auf die dargestellte Praxis selbst bei Annahme der geltend gemachten Sturzhöhe zwischen vier und fünf Metern (vgl. A.S. 42 f.) nicht abzuweichen.

9.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater

Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: · besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; · die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; · ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; · körperliche Dauerschmerzen; · ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; · schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; · Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6c/aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen; dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich – wie im vorliegenden Fall – um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich, müssen mindestens drei Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

9.5.1 Der Beschwerdeführer stürzte – wie hiervor ausgeführt – von einem Baugerüst aus 3,25 Metern Höhe auf den Boden und landete dabei zuerst auf den Füßen. Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen eindrücklich sein; es kann aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hatte, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums bezeichnet werden. Das erste Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher zu verneinen (vgl. auch das bereits erwähnte Urteil des Bundesgerichts 8C_766/2017 vom 30. Juli 2018 E. 6.3.1, wo das Kriterium bei einem Sturz aus vier Metern Höhe auf die linke Seite verneint wurde).

9.5.2 Ferner erlitt der Beschwerdeführer durch den Unfall keine Verletzungen, die erfahrungsgemäss in besonderer Weises geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Er zog sich bei diesem Unfall keine Frakturen zu, sondern lediglich verschiedene Kontusionen. Diese Verletzungen sind nach Beurteilung des Kreisarztes in der Zwischenzeit verheilt, so dass sie nicht geeignet waren, eine psychische Fehlentwicklung zu begünstigen. Die noch geltend gemachten, bestehenden Beschwerden im Bereich der LWS sind – wie vorstehend ausgeführt – degenerativer Natur und daher hier nicht von entscheidender Bedeutung.

9.5.3 Auch das Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann nicht bejaht werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass dieses Kriterium nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen

zur Erhaltung des Zustands und eine medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebilds dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.3 m.H.a. 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3). Der Beschwerdeführer ist nach dem Unfall 20. August 2015 konservativ behandelt worden. Die erlittenen Kontusionen sind ausgeheilt, ohne dass eine Operation nötig gewesen wäre. Die noch andauernde ärztliche Behandlung ist auf die degenerativen LWS-Beschwerden zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin hat 11 Monate nach dem Unfall bzw. am 19. Juli 2016 ausgeführt, dass der Fallabschluss per 8. Juni 2016 anstehe und die heute noch bestehenden Beschwerden aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Nach Einschätzung des Kreisarztes ist – wie bereits angeführt – der status quo sine bezüglich der Kontusionen zirka sechs Wochen, jener bezüglich der LWS spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis erreicht gewesen. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden. 9.5.4 Der Beschwerdeführer klagt zwar über persistierende Rückenschmerzen. Es ist jedoch zu beachten, dass der Beschwerdeführer degenerative Veränderungen der LWS aufweist, die geeignet sind, die beschriebenen Schmerzen zu verursachen. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der durch den Unfall verursachten körperlichen Dauerschmerzen zu verneinen. 9.5.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt unbestrittenermassen nicht vor. 9.5.6 Sinngemäss stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen erfüllt sei, da er weiterhin an erheblichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen leide. Hierzu ist auf die vorstehenden Ausführungen zu verweisen, wonach die Kontusionen komplikationslos verheilt und die nach wie vor bestehenden Rückenschmerzen degenerativer Herkunft sind. Damit fehlen Hinweise dafür, dass ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen vorgelegen hat. Auch dieses Kriterium ist demnach zu verneinen. 9.5.7 Schliesslich ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen, das ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten ist. Zwar sei der Beschwerdeführer gemäss der Beurteilung von Dr. med. R.____ aus physischer Sicht zurzeit und bis auf weiteres als Monteur arbeitsunfähig sei (Suva-Nr. 97); demgegenüber steht die voll beweiswertige Einschätzung des Kreisarztes (Suva-Nr. 75) sowie der Umstand, dass die Rückenschmerzen auf degenerative Veränderungen der LWS zurückzuführen sind. 9.6 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb der adäquate Zusammenhang zwischen allfälligen über 8. Juni 2016 hinaus bestehenden, nicht aufgrund eines objektivierbaren organischen Substrats erkläraren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 20. August 2015 zu verneinen ist. 10. Zusammenfassend ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. August 2015 über den 8. Juni 2016 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Mangels unfallkausaler Beschwerden entfällt auch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die gegen den Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 11

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 11.2 Der Beschwerdeführer steht ab

Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (A.S. 74). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). 11.3 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Kostennote vom 17. September 2018 einen Zeitaufwand von 16,23 Stunden geltend gemacht, was bei einem Stundenansatz von CHF 280.00 zu einem Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von CHF 5'306.60 führt. Der geltend gemachte Aufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit (wie Fristerstreckungen und Orientierungskopien), die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klientin») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Nicht zu berücksichtigen sind auch Positionen, deren Zusammenhang zum vorliegenden Verfahren nicht erkennbar ist. Vorliegend entfallen auf Kanzleiaufwand im vorstehend umschriebenen Sinn 5 mal 0,17 Stunden (10. Februar 2017, 21. Februar 2017, 18. Juli 2017, 31. Juli 2018 und 6. August 2018), zweimal 0,33 Stunden (7. März 2017, 13. März 2017) sowie je einmal 0,75 Stunden (26. April 2017) und 0,58 Stunden (6. Juni 2017), total somit 2,84 Stunden. Keinen erkennbaren Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren weisen die 0,12 Stunden am 23. Januar 2018 auf. Hinzu kommen zweimal 0,17 Stunden für die nicht aktenkundigen Eingaben an das Versicherungsgericht vom 27. Februar 2017 und 6. August 2018, 0,25 Stunden für die öffentliche Verhandlung (sie dauerte 45 Minuten, in der Kostennote waren 60 Minuten vorgesehen) sowie zwei Stunden für den nachprozessualen Aufwand, der praxisgemäss auf eine Stunde geschätzt wird (die vom Beschwerdeführer als Begründung für die geltend gemachten drei Stunden angeführte Weisung des Obergerichts ist dem Gericht nicht bekannt). Insgesamt ist der geltend gemachte Aufwand von 16,23 Stunden somit um 5,55 Stunden zu reduzieren. Damit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 10,08 Stunden, der zum Stundenansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand von CHF 180.00 (§ 158 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) entschädigt wird. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 375.10 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT und i.V.m. § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag (GAV) zu kürzen bzw. auf CHF 222.00 festzusetzen. Folglich beträgt die Kostenforderung als unentgeltlicher Rechtsbeistand CHF 2'267.40 (10,08 Stunden zu CHF 180.00, zzgl. Auslagen von CHF 222.00 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (dieser ist, da keine auf einen höheren Ansatz lautende Vereinbarung zwischen Rechtsvertreter und Beschwerdeführer eingereicht wurde, zum Stundenansatz von CHF 230.00 zu berechnen) im Betrag von CHF 544.30 (10,08 x CHF 50.00, zzgl. CHF 40.30 MwSt) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). 12. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 26

August 2015 habe der Patient unter adäquat kontrollierten Schmerzen und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Beim Prozedere hielten die Ärzte u.a. Folgendes fest: «Körperliche Schonung gemäss Beschwerden. Eine 100 % Arbeitsunfähigkeit wurde vom 20.08.2015 bis 06.08. (recte wohl: 09) 2015 ausgestellt.» (Suva-Nr. 22).

7.6 Im «Arztzeugnis UVG» vom 28. September 2015 diagnostizierte Dr. med. J.____, D.____, beim Beschwerdeführer multiple Kontusionsverletzungen und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 20. August bis voraussichtlich 6. September 2015 sowie einen Behandlungsabschluss per 26. August 2015 (Suva-Nr. 19).

7.7 Med. pract. I.____ hielt am 15. Oktober 2015 im ärztlichen Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin fest, dass sich einen Monat nach dem Unfall eine deutliche Besserung der Fersenschmerzen ergeben habe. Die Rückenschmerzen würden jedoch persistieren. Die Prognose sei günstig. Der Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit sei noch unklar (Suva-Nr. 24).

7.8 Dr. med. K.____ teilte med. pract. I.____ am 12. November 2015 mit, dass die gewünschte MRT der LWS und des ISG vom 12. November 2015 folgenden Befund ergeben habe: «Normgliedrige LWS mit regulärer Konfiguration der Wirbelkörper. Konus medullaris mit physiologischem Signal auf L1-Niveau. Hyperlordotischer lumbosakraler Übergang bei angedeutetem Sakrum arcuatum. Angedeuteter dorsaler Versatz der Segmente L2-L4. L1/2: Unauffälliges Bandscheibenfach. L2/3: Fazettenarthrose beidseits. Rechtsseitig foraminale Bandscheibenhernie. Leicht ausgeprägte rezessale und foraminale Berührung der Nervenwurzeln. L3/4: Fazettenhypertrophie beidseits. Biforaminale Diskusbulging. Leichte Berührung der L3-Wurzel und minimale rezessale Enge, rechtsseitig akzentuiert. L4/5: Fazettenhypertrophie beidseits. Beidseits foraminale Bandscheibenprotrusionen, linksseitig deutlich akzentuiert mit kleinem Anulusriss. Leichte linksseitige rezessale Enge und moderate Enge der Neuroforamina. L5/S1: Dorsaler Segmentversatz um ca. 1 mm. Zirkulär beidseits foraminal reichende Bandscheibenhernie. Osteochondrose Stadium II nach Modic. Beidseitige foraminale Enge mit L5-Bedrängung. Linkseitige Rezessusenge». In seiner Beurteilung kam der Radiologe zum Schluss, dass eine linksseitige rezessale Enge und beidseitige foraminale Einengung bei osteodiskogenerativen Veränderungen L5/S1 als Korrelat für die angegebene Beschwerdesymptomatik vorlägen. Es seien multisegmentale diskodegenerative Veränderungen der Segmente zwischen L2 und L5, wie oben beschrieben, bei Gefügelockerung der LWS feststellbar (Suva-Nr. 42).

7.9 Aus einem weiteren ärztlichen Zwischenbericht von med. pract. I.____ vom 8. Dezember 2015 geht hervor, dass die Rückenschmerzen nach wie vor persistierten und die Prognose günstig seien. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei nach wie vor unklar (Suva-Nr. 30).

7.10 Dr. med. M.____ berichtete med. pract. I.____ am 22. Dezember 2015 über die Untersuchung im Rahmen der ambulanten Wirbelsäulensprechstunde vom 18. Dezember 2015. Er diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine Lumboischialgie mit radikulärer Ausstrahlung S1 in das linke Bein mit/bei Facettengelenkshypertrophie L5/S1 beidseits bei ausgeprägter Spondylarthrose tieflumbal und Diskusprotrusion mediolateral L5/S1 mit möglicher Wurzelkompression S1 links. Der Patient habe berichtet, dass er seit August dieses Jahres starke Rücken- und Beinschmerzen habe. Aktuell seien die Rückenschmerzen deutlich mehr als die Beinschmerzen. Die Beschwerden seien im lumbosakralen Übergang mit Ausstrahlung ins linke Gesäss bis zum lateralen Fussrand. Die Schmerzen seien im Verlauf des Tages zunehmend und teilweise von Kribbelgefühl im Fuss begleitet. Eine Limitierung der Gehstrecke habe er bis jetzt nicht bemerkt. Er sei wegen den starken Schmerzen aktuell arbeitsunfähig. Als Befund hielt Dr. med. M.____ Folgendes fest: «Gangbild schonhinkend, Fersen- sowie Zehenspitzenang unklar. Starke Druck- und

Klopfdolenz im lumbosakralen Übergang über dem Processus spinosi. Sensomotorik der unteren Extremitäten seitengleich intakt.» Aufgrund der starken Rücken- und Beinschmerzen im Zusammenhang mit dem MR-tomographischen Befund seien ■ so Dr. med. M. ___ ■ mit dem Patienten eine Infiltration der Facettengelenke L5/S1 links und eine epidurale Infiltration L5/S1 links besprochen worden, wofür er im Verlauf aufgeboten werde (Suva-Nr. 41).

7.11 Kreisarzt med. pract. O. ___ attestierte dem Beschwerdeführer am 1. Februar 2016, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass dieser in dieselbe Tätigkeit werde zurückkehren können. Bei einem regulären Verlauf bis zur beruflichen Wiedereingliederung sei mit einer Behandlungsdauer von zirka sechs Monaten nach dem Unfall zu rechnen, also zirka Ende Februar, anfangs März (2016). Im Weiteren hielt der Kreisarzt fest, dass das Resultat der Infiltration durch Dr. med. M. ___ abzuwarten sei, und schlug vor, den Fall im April erneut vorzulegen und eventuell eine kreisärztliche Untersuchung durchzuführen (Suva-Nr. 37).

7.12 Am 9. Februar 2016 führte med. pract. I. ___ in einem weiteren Zwischenbericht an die Beschwerdegegnerin aus, dass die Prognose bei persistierenden Rückenschmerzen eher günstig sei. Zurzeit sei der Beschwerdeführer bei Dr. med. M. ___ in Behandlung. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei bis mindestens 4. März 2016 nicht vorgesehen (Suva-Nr. 44).

7.13 Dr. med. M. ___ orientierte med. pract. I. ___ am 10. Februar 2016 über die Behandlung des Beschwerdeführers vom 5. Februar 2016. Es habe ■ bei gleichlautender Diagnose (Lumboischialgie mit radikulärer Ausstrahlung S1 in das linke Bein mit/bei Facettengelenkshypertrophie L5/S1 beidseits bei ausgeprägter Spondylarthrose tieflumbal und Diskusprotrusion mediolateral L5/S1 mit möglicher Wurzelkompression S1 links) ■ wie vereinbart die epidurale Infiltration L5/S1 links durchgeführt und problemlos 40 mg Kenacort instilliert werden können. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 52).

7.14 Am 8. März 2016 berichtete Dr. med. M. ___ med. pract. I. ___ erneut über die Behandlung des Beschwerdeführers vom 4. März 2016. Bei wiederum gleichlautender Diagnose hielt Dr. med. M. ___ fest, dass die letzte Infiltration im epiduralen Bereich L5/S1 dem Patienten eine deutliche Besserung seiner in die Beine ausstrahlenden Schmerzen gebracht habe. Bei jetzt wieder vorliegenden Rückenschmerzen habe er die vereinbarte Infiltration im Facettenbereich L5/S1 auf beiden Seiten durchgeführt. Er habe problemlos Bupivacain mit jeweils 20 mg Kenacort instillieren können. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 53).

7.15 Eine erneute Behandlung des Beschwerdeführers bei Dr. med. M. ___ erfolgte am 20. Mai 2016, worüber dieser med. pract. I. ___ am 25. Mai 2016 Bericht erstattete. Bei wiederum gleichlautender Diagnose stellte Dr. med. M. ___ fest, bei erneuten linksseitigen lumboischialgieformen Schmerzen heute die epidurale Infiltration L5/S1 links wiederholt und problemlos 40 mg Kenacort instilliert zu haben. Der Verlauf bleibe abzuwarten (Suva-Nr. 63).

7.16 Am 7. Juni 2016 äusserte sich Kreisarzt Dr. med. P. ___ zu den durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen wie folgt: Der Beschwerdeführer habe ausschliesslich Kontusionen; dies auch im Bereich der LWS, wo jetzt noch Beschwerden bestünden. Die anderen Kontusionsbereiche spielten offenbar erwartungsgemäss keine Rolle mehr (Status quo sine dafür zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis). Mittels MRT der LWS seien traumatische strukturelle Läsionen im Bereich der LWS

ausgeschlossen, aber erhebliche degenerative Veränderungen nachgewiesen worden. Bezüglich der LWS sei von einem Status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis auszugehen. Somit lägen keinerlei Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit vor (Suva-Nr. 65).

7.17 Kreisarzt Dr. med. Q.____ nahm am 15. Juli 2016 zur Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. P.____ vom 7. Juni 2016 Stellung. Er führte dabei aus, dass der Beschwerdeführer ausschliesslich Kontusionen gehabt habe, so auch im Bereich der Lendenwirbelsäule, wo jetzt noch Beschwerden bestünden. Die anderen Kontusionsbereiche spielten offenbar, und wie zu erwarten gewesen sei, keine Rolle mehr (Status quo sine dafür zirka sechs Wochen nach Unfallereignis). Mittels MRT der Lendenwirbelsäule seien traumatische strukturelle Läsionen im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen, jedoch erhebliche degenerative Veränderungen nachgewiesen. Bezüglich der Lendenwirbelsäule sei von einem Status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis auszugehen. Somit lägen keinerlei Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit vor (Suva-Nr. 75).

7.18 Der Berichterstattung von Dr. med. R.____ vom 26. August 2016 an med. pract. I.____ über die Untersuchung und Behandlung des Beschwerdeführers lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (Suva-Nr. 88 S. 28 ff.): Zu diagnostizieren seien eine posttraumatische Zervikozephalgie, eine Zervikobrachialgie beidseits, eine Coxalgie links, Fussbeschwerden links, eine Lumboischialgie links bei Diskushernie L5-S1 sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Nach der Anamnese und dem Befund hielt Dr. med. R.____ im Rahmen von Beurteilung und Prozedere fest, dass es sich beim Leiden des 49-jährigen Vorhangschienen-Monteurs um einen Status nach einem Sturz aus 4,2 Metern Höhe handle. Der Sturz sei durch den nicht ordnungsgerechten, fahrlässigen Zusammenbau des Gerüsts erfolgt. Der Patient habe zum Zeitpunkt des Unfalls einen Helm getragen. Es sei beim Unfall zu einer kurz dauernden Bewusstlosigkeit mit epileptischem Anfall gekommen, jedoch ohne Zungenbiss und Urinverlust. Der Patient könne sich nicht daran erinnern, was nach dem Unfall passiert sei; dies deute auf eine anterograde Amnesie hin. Der Verlauf sei protrahiert und äussere sich zurzeit durch Zervikozephalgien, Zervikobrachialgien, eine Coxalgie links mit Bewegungseinschränkung und eine Lumboischialgie links bei Diskushernie mit OSG-Instabilität, die entweder durch den Unfall verursacht worden oder symptomatisch sei. Tatsache sei, dass der Patient seit 12 Jahren wegen Rückenschmerzen nie krankgeschrieben worden sei und nie einen Arzt aufgesucht habe. Er leide zudem an Konzentrationsstörungen, Schwindel, Schlafstörungen und Depression. Aus seiner Sicht, so führte Dr. med. R.____ weiter aus, handle es sich zweifellos und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit um Unfallfolgen, da ein Sturz aus 4,2 Metern Höhe als grosses kinetisches Trauma anzusehen sei und glücklicherweise zu keinen schwerwiegenden Folgen geführt habe. Selbstverständlich unterstütze er den Patienten dabei, seine Rechte gegenüber der Suva und der Firma, die die Gerüste gestellt habe, einzufordern. Die Feststellung der Suva, dass der Status quo ante, oder noch schlimmer, der Status quo sine erreicht sei, ohne kreisärztliche Untersuchung eines Patienten, der den Unfall nicht hätte überleben können, erachte er als (dem Patienten gegenüber unzumutbar) äusserst merkwürdig; dies sei einer nationalen Unfallversicherung nicht würdig und seltsam. Seine heutige Untersuchung spreche klar dafür, dass der Patient zurzeit und bis auf weiteres im Bereich der Vorhangschienenmontage zu 100 % arbeitsunfähig sei. Als weitere Abklärungen schlage er neurologische Untersuchungen wie auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und eine

psychologische/psychiatrische Standortbestimmung vor. Der Patient sei auf die linke Seite gefallen, inklusive den linken Fuss. Somit hätte er die meisten Verletzungen «sowohl des Bewegungsapparates wie auch den inneren Organen erfahren». Die Suva sei um eine Statistik anzufordern, woraus die Fälle der Patienten hervorgehe, die aus einer Höhe von 4,2 m heruntergefallen seien mit Epikrise. Ob eine Diskushernie durch einen derartigen Unfall entstehen könne, sei nach normalen Menschenverstand nicht möglich. Ein Kausalitätsbeweis sei selbstverständlich nicht möglich; um dies zu beweisen, hätte man den Patienten einen Tag vor dem Unfall «auf eine Diskushernie mit MRI-Untersuchung als Standortbestimmung machen sollen». Selbstverständlich könnte man versuchen, physikalisch nach Berechnung der Kräfte der Dezelleration, Ex-Vitro eine experimentelle Diskushernie zu provozieren (Suva-Nr. 88).

7.19 Am 20. Januar 2017 nahm Dr. med. R.____ (im bereits hängigen Beschwerdeverfahren) auf Wunsch des Beschwerdeführers zur Antwort des Rechtsanwalts der Suva Stellung und führte dabei im Wesentlichen Folgendes aus (A.S. 22 f.; Suva-Nr. 115): In der Darstellung des Rechtsanwalts werde beschrieben, dass der Patient auf den Füßen gelandet und erst danach auf die linke Seite (Hüfte) gefallen sei. Der Patient sei nach eigener Aussage ihm, Dr. med. R.____, gegenüber, nicht auf den Füßen gelandet, sondern während des Sturzes vom Gerüst mit den Füßen an ein Rohr gestossen und mit voller Geschwindigkeit und Kraft mit der linken Hüfte voran auf die linke Körperseite gefallen. Somit sei es nicht zu einer Abfederung des Sturzes aus 4,2 m Höhe auf harten Betonboden durch den Kontakt der Füße mit dem Boden gekommen. Zurzeit leide der Patient an Hüft- und Rückenschmerzen links sowie an Gangunsicherheit und Instabilität der ganzen unteren Extremität, die er, Dr. med. R.____, als momentane Einklemmung eines Nervs im unteren Lendenwirbelbereich interpretiere. Diese momentane Einklemmung ist wahrscheinlich durch eine segmentale Instabilität der Wirbelsäule verursacht. Auch wenn radiologisch und durch sonstige bildgebende Verfahren, wie MRI, keine traumatischen Läsionen sichtbar seien, müsste es zu einer Erschütterung der Wirbelsäulestrukturen gekommen sein, die eine Instabilität respektive Aktivierung der vorbestehenden, jedoch bis zum Moment des Unfalles stummen (asymptomatischen) degenerativen, altersentsprechenden Veränderungen herbeigeführt habe. Klinisch habe er keine Zweifel, dass der Patient unter starken, ständigen Schmerzen leide, die sich zuspitzen und eine Intensität von Grad 8 bis 9 auf der AVS-Skala (Audio-Visuelle-Skala) hervorriefen. Dazu komme es zu einer subjektiven Instabilität, die entweder schmerzbedingt oder tatsächlich durch Einklemmung eines Nervs in der Lendenwirbelsäule verursacht werde. Auch wenn er über die Kausalität keine medizinischen Beweise liefern könne, da einerseits die objektiven Untersuchungen nicht genügend sensitiv und noch weniger spezifisch seien, und andererseits der Vorzustand des Patienten mangels der bildgebenden Standortbestimmungen nicht bekannt sei, sei er sicher, dass die Kausalität durch den normalen Menschenverstand gegeben sei. Bis zum Unfall sei der Patient voll arbeitsfähig gewesen und habe trotz seines fortgeschrittenen Alters (49,5 Jahre) schwere Arbeiten schmerzfrei verrichten können. Somit könne er, Dr. med. R.____, eine zwar mögliche, aber aus der Erfahrung (30 Jahre als Orthopäde) nie gesehene, spontane Entwicklung einer so invalidisierenden Schmerzsymptomatik bei diesem Typ von Person nicht in Erwägung ziehen. Um die Angelegenheit gerecht zu lösen, müsste man sich auf eine Untersuchungsmethode einigen und diese wissenschaftlich durchführen, beispielsweise auf die rein theoretische Rekonstruktion des Unfalls mit definierten Modellen und Berechnung der Kräfte, die sich in diesem Fall auf die Wirbelsäule ausgewirkt hätten, und so einen

Rückschluss auf mögliche Läsionen der Wirbelsäule ziehen. Eine weitere Möglichkeit sei, eine Statistik aller UVG-registrierten Stürze aus vier Metern Höhe zu analysieren und die gesundheitliche Entwicklung des Patienten mit anderen Fällen zu vergleichen. Allerdings lasse die Behandlung und die gesamte Betreuung des Patienten nach dem Unfall aus seiner Sicht zu wünschen übrig. Die SUVA habe seiner meiner Meinung nach den Fall des Patienten zu früh abgeschlossen, ohne dass er vom Kreisarzt untersucht worden wäre.

Der Rechtsanwalt der Suva habe ausserdem geschrieben, dass er, Dr. med. R.____, von falschen Grundlagen bzw. davon ausgegangen sei, dass der Patient kurz bewusstlos gewesen sei; dies sei keine falsche Grundlage, denn der Patient habe über einen temporären Bewusstseinsverlust berichtet. Des Weiteren hätten Mitarbeiter einer anderen Firma den Sturz beobachtet und dem Patienten von krampfartigen Bewegungen erzählt, die dieser selber nicht realisiert habe. Um die Thematik der posttraumatischen Belastungsstörung aufzugreifen: Der Rechtsanwalt der Suva sehe den Unfall als banales Ereignis, das nicht der Auslöser für eine posttraumatische Belastungsstörung sein könne. Als «Nicht-Psychiater» sei ihm die Definition und Praxis von Diagnose und Behandlung solcher Situationen nicht bekannt. Er könne sich jedoch vorstellen, dass ein Sturz aus über vier Metern Höhe eine schwere Belastungsstörung auslösen könne, doch sollte dies Gegenstand der psychiatrischen Begutachtung sein. Es sei weder ihm noch dem Rechtsanwalt der Suva möglich, den kausalen Zusammenhang objektiv (Bildgebung) zu beweisen respektive dagegen zu sprechen; wenn dies nicht möglich sei, belege dies die Schwäche der Beweisführung. Er schlage eine unabhängige Begutachtung zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit (funktionelle Leistungsprüfung) und der Kausalität, inklusive psychiatrischer Begutachtung, vor. Als bildgebende Verfahren schlage er ein MRI im Stehen vor (A.S. 22 f.; Suva-Nr. 115).

8. Die Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt Folgendes:

8.1

8.1.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin beruhe lediglich auf der rudimentären kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 7. Juni 2016; dazu sei festzuhalten, dass der in dieser Notiz festgelegte Zeitraum des Erreichens des Status quo sine vel ante (sechs Wochen) im Widerspruch zu demjenigen stehe, den Dr. med. Q.____ am 15. Juli 2016 festgelegt habe (vier Monate). Anscheinend seien sich die Suva-Ärzte selber nicht einig. Dazu komme, dass der Verfasser der Aktennotiz vom 7. Juni 2016 mit der Wendung «wie zu erwarten war» von Anfang an zugegeben habe, wie das Resultat herauskommen würde. Das Abklärungsverfahren sei folglich vorbestimmt und nicht ergebnisoffen gewesen, weshalb die Suva-Ärzte als befangen zu gelten hätten. Schliesslich sei festzustellen, dass Dr. med. P.____ seine Beurteilung vom 7. Juni 2016 nicht rechtsgültig unterzeichnet habe (A.S. 41 f.).

8.1.2 Dazu entgegnet die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, dass betreffend die geklagten Rückenbeschwerden (mit Ausstrahlung in die Beine) keiner der Kreisärzte von einem sechs Wochen nach dem Unfall erreichten Status quo sine ausgegangen sei. Dr. med. P.____ habe (am 7. Juni 2016) lediglich festgehalten, dass die anderen Kontusionsbereiche offenbar, und wie zu erwarten gewesen sei, keine Probleme mehr bereiten würden (A.S. 72). Diese Einschätzung habe Dr. med. Q.____ am 15. Juli 2016 bestätigt, wonach die anderen Kontusionsbereiche offensichtlich und erwartungsgemäss keine Rolle mehr spielten (Status quo sine zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis;

Suva-Nr. 75). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers lasse die Formulierung «wie zu erwarten war» keineswegs darauf schliessen, dass das Abklärungsverfahren vorbestimmt gewesen sei. Dr. med. P.____ habe unter Berücksichtigung und in Übereinstimmung mit den medizinischen Akten lediglich festgehalten, dass die anderen Kontusionen, wie zu erwarten gewesen sei, offensichtlich keine Probleme mehr bereiteten. Angesichts der Tatsache, dass Kontusionen in der Regel innert weniger Wochen abheilen, sei diese Aussage durchaus nachvollziehbar (A.S. 72).

8.1.3 Dr. med. P.____ führte am 7. Juni 2016 zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 20. August 2015 ausschliesslich Kontusionen erlitten. Diese Kontusionen hätten sich im Bereich der LWS und an anderen Stellen ergeben. An den anderen Stellen seien offenbar keine Beschwerden mehr vorhanden, was den Erwartungen entspreche, sei doch diesbezüglich nach etwa sechs Wochen vom Erreichen des status quo sine auszugehen. In Bezug auf die LWS könne der status quo sine spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis angenommen werden (vgl. Suva-Nr. 65). Der Kreisarzt Dr. med. Q.____ erklärte in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2016 (Suva-Nr. 75) ebenfalls, der Status quo sine für die «anderen Kontusionsbereiche» sei zirka sechs Wochen nach dem Unfallereignis, der Status quo sine für die LWS-Beschwerden etwa vier Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden. Der vom Beschwerdeführer angeführte innere Widerspruch besteht nicht, unterscheiden doch beide Kreisärzte deutlich zwischen dem status quo sine an der LWS (nach zirka vier Monaten) und an «anderen Stellen» (nach zirka sechs Wochen). Die Wendung «wie zu erwarten» (Suva-Nr. 65 S. 2) lässt lediglich erkennen, dass der Rückgang der «übrigen Beschwerden» dem üblichen Verlauf entspricht.

Diese Ausführungen der beiden Kreisärzte sind schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. So hielt der behandelnde Arzt med. pract. I.____ fest, einen Monat nach dem Unfall hätten sich die Fersenschmerzen deutlich gebessert, während die Rückenschmerzen persistierten, wobei die Prognose günstig sei (vgl. E. II. 7.7 hiavor). In den weiteren ärztlichen Zwischenberichten von med. pract. I.____ ist beim Verlauf ausnahmslos von Rückenschmerzen die Rede (Suva-Nr. 30, 44). Die Annahme, der Status quo sine sei spätestens vier Monate nach dem Unfall erreicht worden, wird durch die von der Rechtsprechung anerkannte medizinische Erfahrung gestützt (vgl. E. II. 4.7 hiavor). Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen nicht bereits nach vier, sondern erst gut neun Monate nach dem Unfallereignis eingestellt, was auch deutlich über die Einschätzung von Dr. med. O.____ vom 1. Februar 2016 hinausgeht (Suva-Nr. 37), so dass auch einem allfälligen protrahierten Verlauf in jedem Fall hinreichend Rechnung getragen worden wäre. Schliesslich ist die Beurteilung von Dr. med. P.____ ■ im Unterschied zu jener von Dr. med. Q.____ ■ zwar nicht persönlich unterzeichnet. Einzig deswegen an der Echtheit des Berichts zu zweifeln, wie dies der Beschwerdeführer erstmals im Beschwerdeverfahren vorbringt, besteht jedoch kein Anlass, handelt es doch dabei einerseits um ein offizielles Dokument der Beschwerdegegnerin und hat im Übrigen Dr. med. O.____ seine Beurteilung auch nicht mit einer Unterschrift versehen (Suva-Nr. 37). Andererseits sind auch die Berichte der D.____-Ärzte sowie jener des N.____ nicht persönlich, sondern lediglich elektronisch visitiert (vgl. Suva-Nr. 1 ff., 22, 41, 52, 63), was ebenfalls keine Zweifel an ihrer Echtheit zu wecken vermag.

8.2

8.2.1 Den Aktenbeurteilungen von Dres. med. P.____ und Q.____ könne ■ so der Beschwerdeführer im Weiteren ■ kein Beweiswert zukommen, weil die Ärzte den

Beschwerdeführer weder persönlich gesehen noch untersucht hätten (A.S. 42). Dazu hält die Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer umfassend und insbesondere mehrfach bildgebend abgeklärt worden sei. Die Kreisärzte hätten somit unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Einschätzung eine verlässliche Aktenbeurteilung vornehmen können. Eine kreisärztliche Untersuchung sei daher nicht angezeigt gewesen (A.S. 72).

8.2.2 Eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten ist nicht an sich beweisuntauglich. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit der zu begutachtenden Person rückt dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen; in einem solchen Fall kann auch ein reines Aktengutachten voll beweismässig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist aber, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 370 E. 5b).

Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_540/2007 vom 27. März 2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

8.2.3 Im vorliegenden Fall hatten die beiden Fachärzte Dres. med. P.____ und Q.____ über sämtliche relevanten Arztberichte verfügt, wozu insbesondere jener von Dres. med. B.____, C.____, und E.____, der Austrittsbericht der SRO-Ärzte sowie der Bericht des Radiologen Dr. med. K.____ gehören (Suva-Nr. 1, 2, 3, 22, 42). Damit waren sie in der Lage, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und neue medizinische Abklärungen eine Beurteilung des feststehenden medizinischen Sachverhalts vorzunehmen und sich zur Frage der Arbeitsfähigkeit zu äussern. Es gibt nichts daran auszusetzen, dass der Kreisarzt Dr. med. Q.____ eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hatte. So befinden sich in den Akten namentlich ausführliche, auf klinischen und bildgebenden Untersuchungen beruhende Berichte, die die Situation kurz nach dem Unfallereignis aufzeigen (Suva-Nr. 1 ff.). Was die Situation der LWS und des ISG anbelangt, konnte der Kreisarzt auf den Bericht von Dr. med. K.____ abstellen, der aufgrund der MRT von degenerativen, mithin nicht unfallbedingten Veränderungen spricht (Suva-Nr. 42). Namentlich hatten Dr. med. Q.____ der Bericht von Dr. med. B.____ vom 20. August 2015, der Bericht der CT des Thorax und Abdomens sowie der HWS und des Schädels, ebenfalls vom 20. August 2015, sowie die Abdomensonographie vom 21. August 2015 und der MRT-Bericht vom 12. November 2015 vorgelegen; darauf kann verwiesen werden (vgl. Suva-Nr. 1 ff.). Die Aussage des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. R.____, vor dem Unfall sei er beschwerdefrei gewesen (Suva-Nr. 93, S. 3 f.; 115, S. 1), läuft auf einen unzulässigen «post hoc, ergo propter hoc» Schluss hinaus (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 ■ SVR 2016 UV Nr. 24 S. 75, 8C_354/2015 E.7.2). Der Umstand, dass keine persönliche Untersuchung stattfand, vermag den Beweiswert der Stellungnahmen der beiden Kreisärzte somit nicht zu schmälern.

8.3

8.3.1 Ferner moniert der Beschwerdeführer, dass sich der Kreisarzt mit der anderslautenden Beurteilung von Dr. med. R. ___ nicht auseinandergesetzt habe; dieser habe das Unfallereignis als «grosses kinetisches Trauma» und im Gegensatz zu den Suva-Ärzten beim Beschwerdeführer auch eine weitergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt (A.S. 42). Dazu wird in der Beschwerdeantwort festgehalten, dass sämtliche Ärzte lediglich diverse Kontusionen sowie erhebliche degenerative Veränderungen diagnostiziert hätten. Im Gegensatz dazu reihe Dr. med. R. ___ in seinen Berichten ohne Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage diverse Diagnosen ■ auch ausserhalb seines Fachbereichs ■ aneinander und ordne wild verschiedene Abklärungen an. Er begründe die Unfallkausalität lediglich damit, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt habe und halte gleichzeitig fest, der natürliche Kausalzusammenhang könne nicht bewiesen werden. Betreffend die Zweifel an der nicht nachvollziehbaren Darstellung des Sachverhalts durch Dr. med. R. ___ verweist die Beschwerdegegnerin auf den angefochtenen Einspracheentscheid (A.S. 71).

8.3.2 Den Ausführungen von Dr. med. R. ___ vom 26. August 2016 und 20. Januar 2017 (E. II. 7.18 und 19 hiervor) kann schon deshalb nur eingeschränkte Beweiskraft beigemessen werden, weil davon ausgegangen werden muss, dass dem Arzt die Vorakten nicht oder zumindest nicht vollständig vorlagen; dies äussert sich darin, dass er nicht auf Feststellungen verweist, welche die vorbehandelnden Ärzte getroffen haben. Das Fehlen der Vorakten hat auch zur Folge, dass Dr. med. R. ___ von einem Unfallhergang ausgeht, der in mehreren Punkten (Aufprall mit der linken Hüfte, Bewusstlosigkeit, Amnesie) nicht als erstellt angesehen werden kann (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Der Beurteilung von Dr. med. R. ___ steht die am Unfalltag durchgeführte Untersuchung durch Dr. med. B. ___ entgegen, wonach in den Bereichen der Unterschenkel und Füsse keine Frakturlinien, Fragmentdislokation, Luxationen oder Subluxationen und auch keine wesentliche Weichteilschwellung erkennbar gewesen seien (Suva-Nr. 1). Nichts Anderes geht denn auch aus dem Bericht der am selben Tag durchgeführten CT hervor; so seien im Bereich der HWS die knöchernen Strukturen intakt zur Darstellung gekommen, und hätten im Segment der HWK 5/6 eine Osteochondrose und geringe Retrospondylose bestanden. Im Weiteren seien aber keine Weichteileinblutungen ersichtlich gewesen. Aus der Thorax-CT seien sodann lediglich geringe degenerative Veränderungen der BWS und LWS, indessen keine ossären Läsionen, ersichtlich gewesen (Suva-Nr. 2). Auch aus dem MRT-Bericht vom 12. November 2015 gehen sodann das Vorliegen einer linksseitigen rezessalen Enge und beidseitiger foraminaler Einengung bei osteodiskodegenerativen Veränderungen L5/S1 sowie multisegmentaler diskodegenerativer Veränderungen der Segmente zwischen L2 und L5 bei Gefügelockerungen der LWS hervor (Suva-Nr. 42). Im Übrigen ist bereits im Befund von Dr. med. C. ___ am Unfalltag vom 20. August 2015 die Rede von geringen degenerativen Veränderungen von BWS und LWS (Suva-Nr. 2). Entgegen den Ausführungen von Dr. med. R. ___ geht damit aus den bildgebenden Befunden eben hervor, dass keine strukturellen Verletzungen des Bewegungsapparates oder der inneren Organe vorgelegen haben. Folglich erübrigt sich der durch den Beschwerdeführer beantragte Beizug einer Tabelle mit Läsionen der Organe (vgl. A.S. 38 und Suva-Nr. 88, S. 29 [Dr. med. R. ___ führt an dieser Stelle an, er lege seiner Stellungnahme vom 26. August 2016 «eine Tabelle von möglichen Organverletzungen je nach Stelle des Impaktes» bei]).

Soweit Dr. med. R. ___ das Vorliegen einer Diskushernie L5-S1 diagnostiziert hat, wobei er allerdings von einem anderen, hier nicht erwiesenen Unfallhergang ausgeht (vgl. E. II. 6

hiervor), ist Folgendes festzustellen: Es entspricht nach konstanter Rechtsprechung 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007). Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setzt voraus, dass der Unfall von besonderer Schwere und geeignet gewesen ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie ■ vertebrales oder radikuläres Syndrom ■ unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_492/2009 vom 21. Dezember 2009 E. 6.3.2). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (SVR 2009 UV Nr. 1 5. 1 E. 2.3.1 f. und Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2013 vom 4. Juni 2014 E. 2.3). Gemäss der am Unfalltag durchgeführten Untersuchung, der CT sowie dem MRT-Bericht, der vom 12. November 2015 datiert, sind keine Hinweise auf eine Diskushernie gefunden worden. Das Unfallereignis vom 20. August 2015 kann nicht als besonders schwer im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden. Die Beweislage lässt nicht darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer bereits damals unter den rechtsprechungsgemäss erforderlichen akuten Symptomen gelitten hätte. Eine unfallbedingte Diskushernie ■ und damit notwendigerweise ein vertebrales oder radikuläres Syndrom ■ wäre bei diesen Untersuchungen nicht unbemerkt geblieben. Zudem ist auch im Falle einer Aktivierung eine richtunggebende Verschlimmerung aufgrund der medizinischen Akten ■ wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid schliesslich zutreffend festgestellt hat ■ zu verneinen, insbesondere nachdem eine solche bildgebend auch nicht ausgewiesen ist.

8.3.3 Der Bericht von Dr. med. R. ___ als behandelnder orthopädischer Facharzt ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. Q. ___ hervorzurufen, zumal Dr. med. R. ___ ■ wie vorstehend angeführt ■ von einem anderen Unfallhergang ausgeht. Gleich verhält es sich im Übrigen mit den Berichten und Einschätzungen von med. pract. I. ___ (Suva-Nr. 44). Bei diesen Arztberichten gilt es auch zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. R. ___ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2017 vom 20. Oktober 2017 E. 3.3.6 mit Hinweisen).

8.3.4 Folglich erübrigen sich ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 45 f.) ■ weitere medizinischen Abklärungen. So gilt es zu beachten, dass die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung führen müssen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (s.a. E. II E. 5.1 hiervor). Da ■ wie vorstehend ausgeführt ■ die Einschätzung der medizinischen Situation und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf umfassenden Abklärungen beruhen, die insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis führen und keine auch nur geringe Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung durch Dr. med. Q.____ bestehen, geht dieser Vorwurf des Beschwerdeführers fehl. Auch die durch Dr. med. R.____ vorgebrachte Tatsache, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen, ist unbehelflich; namentlich lässt sich ■ wie im angefochtenen Entscheid festgehalten ■ daraus nicht ableiten, dass die nach wie vor bestehende und geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit noch unfallkausal ist. Was seine Einschätzung vom 26. August 2016 anbelangt, der Patient sei zurzeit und bis auf weiteres im Bereich der VorhangschieneMontage zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-Nr. 97, S. 2), bleibt festzustellen, dass auf diese Zumutbarkeitsbeurteilung nicht abgestellt werden kann. So hat der Beschwerdeführer beim Unfall nach der überzeugenden Beurteilung von Dr. med. Q.____ keine Verletzungen erlitten, die ihn ■ aus somatischer Sicht ■ an der bisherigen Tätigkeit als Monteur (Suva-Nr. 4) hinderten. Aus der Stellungnahme von Dr. R.____ vom 20. Januar 2017 geht schliesslich nichts Neues hervor (Suva-Nr. 115).

8.4 Aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. Q.____ vom 15. Juli 2016 ist somit mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule nach vier Monaten sowie hinsichtlich der anderen Kontusionsbereiche bereits nach sechs Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr auf den versicherten Unfall zurückzuführen gewesen sind. Der Beizug der durch Dr. med. R.____ erwähnten Tabelle ist, wie bereits dargelegt nicht nötig, zumal davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer zunächst mit den Füßen auf dem Boden aufgekommen und nicht direkt auf die linke Seite gefallen ist (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Gleich verhält es sich mit den Vorschlägen von Dr. med. R.____, neurologische Untersuchungen durchzuführen sowie die funktionelle Leistungsfähigkeit zu evaluieren (Suva-Nr. 97, S. 2). Gleich ist schliesslich mit dem Begehren des Beschwerdeführers zu verfahren, es seien die Strafverfahrensakten (PEN 16367) beizuziehen, die den Suva-Ärzten nicht zur Verfügung gestanden hätten (A.S. 44); inwiefern diese Akten im vorliegenden Fall zusätzliche Informationen zur klaren medizinischen Ausgangslage liefern sollten, ist nicht nachvollziehbar und hat der Beschwerdeführer auch nicht erklärt; dies gilt umso mehr, weil im Zentrum der Strafuntersuchung die Frage nach Pflichtverletzungen durch die Baustellenverantwortlichen steht.

8.5 Es trifft zwar zu, dass keine Angaben über den Vorzustand des Beschwerdeführers vorliegen. Indes ist festzustellen, dass die Beschwerden ■ gestützt auf die beweismässige, kreisärztliche Beurteilung ■ im Bereich der LWS nach vier Monaten sowie jene bezüglich der anderen Kontusionsbereiche bereits nach sechs Wochen nach dem Unfall vom 20.

August 2015 nicht mehr auf dieses Ereignis zurückzuführen waren. Weitere Abklärungen bezüglich des Vorzustands erscheinen daher als entbehrlich. Sie wären auch kaum erfolgsversprechend.

9.

9.1 Zudem bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der Beurteilung von Dr. med. R.____ vom 26. August 2016 sei eine psychiatrische Abklärung erforderlich; es sei abzuklären, ob es sich hier um eigenständiges Krankheitsbild handle oder nicht (A.S. 43). Dr. med. R.____ hat am 26. August 2016 auch eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (Suva-Nr. 97, S. 1); dazu ist vorab festzustellen, dass die Psychiatrie nicht zu seinem Fachgebiet als Facharzt für orthopädische Chirurgie gehört. Zudem fehlt es an der nötigen Schwere des allenfalls auslösenden Ereignisses. Die genannte Diagnose kann daher nicht als ausgewiesen gelten. Es lässt sich aber auch nicht ausschliessen, dass Beschwerden vorliegen, die sich keinem organischen Substrat zuordnen lassen. Nach der Rechtsprechung kann die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang bei derartigen Beschwerden offen gelassen werden, wenn der für die Bejahung einer Leistungspflicht überdies erforderliche adäquate Kausalzusammenhang verneint werden muss (BGE 135 V 465 E. 5 S. 472), was hier ■ wie nachfolgend aufzuzeigen ist ■ der Fall ist.

9.2 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der wiederkehrenden Formulierung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a S. 461). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c S. 462). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

9.3 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden, ohne dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der HWS oder einen äquivalenten Verletzungsmechanismus erlitten hat, erfolgt die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien. Nach dieser Rechtsprechung setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfallereignis bzw. einer unfallähnlichen Körperschädigung und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung im Einzelfall voraus, dass dem fraglichen Ereignis für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt; dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7 S. 141 mit Hinweisen).

9.4

9.4.1 Eine spezielle Adäquanzprüfung verlangt zunächst eine Qualifikation des Unfallereignisses nach seiner Schwere. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten

Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen; dies gilt etwa für die ■ ein eigenes Kriterium bildenden ■ Verletzungen, die sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für ■ unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende ■ äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Urteil des Bundesgericht U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1 [SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26]). Die erlittenen Verletzungen können aber immerhin Rückschlüsse auf die Kräfte gestatten, die sich beim Unfall entwickelt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 [SVR 2009 UV Nr. 57 S. 203]).

9.4.2 Die Rechtsprechung hat Stürze aus einer Höhe von einigen Metern in der Regel als mittelschwer im eigentlichen Sinn qualifiziert. So beurteilt wurde etwa ein Sturz von einem Garagendach, bei dem der Versicherte auf den Füßen landen konnte, und dies unabhängig von der genauen Sturzhöhe, die zwischen drei Metern und fünf Metern angesiedelt war (Urteil des Bundesgerichts U 11/07 vom 27. Februar 2008 E. 4.2). Als mittelschwer (ohne nähere Einordnung) wurde der Sturz eines Gipsers von einem Baugerüst kopfüber ein Stockwerk in die Tiefe, bei dem er mit dem Gesicht auf einem abgestellten Gerät aufschlug und sich eine Kieferfraktur zuzog eingestuft (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009, E. 4.2). Höchstens mittelschwer im engeren Sinn war der Sturz eines Werkstattleiters von einer Leiter aus zirka vier bis fünf Metern Höhe auf einen Hallenboden (Urteil des Bundesgerichts 8C_1014/2009 vom 22. Februar 2010 E. 5.1). Ein Sturz aus 3,2 Metern wurde den mittelschweren Unfällen zugeordnet (Urteil 8C_882/2011 vom 29. Februar 2012 E. 4.2.4). Ebenfalls mittelschwer (im engeren Sinn) waren ein Sturz über insgesamt etwa fünf bis sieben Meter, jedoch abgebremst durch einen Zwischenboden (Urteil U 417/06 vom 19. Juni 2007 E. 4.2.1) und ein Sturz «aus einigen Metern» auf den Rücken (Urteil 8C_871/2014 vom 24. Juni 2015 Sachverhalt A. und E. 4). Im neueren Urteil 8C_766/2017 vom 30. Juli 2018 wurde ein Sturz aus einer Höhe von vier Metern, bei dem die versicherte Person auf der linken Seite landete und sich erhebliche Verletzungen am linken Arm zuzog, als mittelschwer im engeren Sinn qualifiziert.

Den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zugeordnet wurde dagegen ein Sturz aus drei bis vier Metern Höhe, den ein Versicherter nach einem Stromschlag in bewusstlosem Zustand erlitt (Urteil 8C_584/2010 vom 11. März 2011 E., 4.2.4 [SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35]). Abgesehen von diesem Unfallhergang, der besondere, erschwerende Umstände aufwies, wurden nur Ereignisse mit einer Sturzhöhe von mindestens fünf Metern als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert (vgl. die Übersicht im Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4.2).

9.4.3 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 20. August 2015 lässt sich ■ gestützt auf die Ausführungen in E. II. 6 hiervor ■ folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer war von einem Baugerüst aus mit der Reinigung und Funktionsprüfung von Vorhangstangen beschäftigt, als er aus einer Höhe von 3,25 m mit den Füßen voran auf

den darunterliegenden Betonboden stürzte und dann auf die linke Seite fiel. Im Lichte des Massstabs, der sich aus den vorstehend zitierten Urteilen des Bundesgerichts ableiten lässt, ist dieses Ereignis anhand des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. das zitierte Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1) als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich zu qualifizieren. Von dieser Qualifikation, gegen die der Beschwerdeführer im Übrigen nichts eingewendet hat, wäre mit Blick auf die dargestellte Praxis selbst bei Annahme der geltend gemachten Sturzhöhe zwischen vier und fünf Metern (vgl. A.S. 42 f.) nicht abzuweichen.

9.5 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen; dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich ■ wie im vorliegenden Fall ■ um einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich, müssen mindestens drei Kriterien erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5).

9.5.1 Der Beschwerdeführer stürzte ■ wie hiavor ausgeführt ■ von einem Baugerüst aus 3,25 Metern Höhe auf den Boden und landete dabei zuerst auf den Füßen. Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen eindrücklich sein; es kann aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hatte, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums bezeichnet werden. Das erste Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher zu verneinen (vgl. auch das bereits erwähnte Urteil des Bundesgerichts 8C_766/2017 vom 30. Juli 2018 E. 6.3.1, wo das Kriterium bei einem Sturz aus vier Metern Höhe auf die linke Seite verneint wurde).

9.5.2 Ferner erlitt der Beschwerdeführer durch den Unfall keine Verletzungen, die erfahrungsgemäss in besonderer Weises geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Er zog sich bei diesem Unfall keine Frakturen zu, sondern lediglich verschiedene Kontusionen. Diese Verletzungen sind nach Beurteilung des Kreisarztes in der Zwischenzeit verheilt, so dass sie nicht geeignet waren, eine psychische Fehlentwicklung zu begünstigen. Die noch geltend gemachten, bestehenden Beschwerden im Bereich der LWS sind ■ wie vorstehend ausgeführt ■ degenerativer Natur und daher hier nicht von entscheidender Bedeutung.

9.5.3 Auch das Kriterium einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann nicht bejaht werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass dieses Kriterium nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustands und eine medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebilds dienenden Vorgehen nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.3 m.H.a. 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 8.3). Der Beschwerdeführer ist nach dem Unfall 20. August 2015 konservativ behandelt worden. Die erlittenen Kontusionen sind ausgeheilt, ohne dass eine Operation nötig gewesen wäre. Die noch andauernde ärztliche Behandlung ist auf die degenerativen LWS-Beschwerden zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin hat 11 Monate nach dem Unfall bzw. am 19. Juli 2016 ausgeführt, dass der Fallabschluss per 8. Juni 2016 anstehe und die heute noch bestehenden Beschwerden aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Nach Einschätzung des Kreisarztes ist ■ wie bereits angeführt ■ der status quo sine bezüglich der Kontusionen zirka sechs Wochen, jener bezüglich der LWS spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis erreicht gewesen. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden.

9.5.4 Der Beschwerdeführer klagt zwar über persistierende Rückenschmerzen. Es ist jedoch zu beachten, dass der Beschwerdeführer degenerative Veränderungen der LWS aufweist, die geeignet sind, die beschriebenen Schmerzen zu verursachen. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der durch den Unfall verursachten körperlichen Dauerschmerzen zu verneinen.

9.5.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt unbestrittenermassen nicht vor.

9.5.6 Sinngemäss stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass das Kriterium eines schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen erfüllt sei, da er weiterhin an erheblichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen leide. Hierzu ist auf die vorstehenden Ausführungen zu verweisen, wonach die Kontusionen komplikationslos verheilt und die nach wie vor bestehenden Rückenschmerzen degenerativer Herkunft sind. Damit fehlen Hinweise dafür, dass ein schwieriger Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen vorgelegen hat. Auch dieses Kriterium ist demnach zu verneinen.

9.5.7 Schliesslich ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen, das ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten ist. Zwar sei der Beschwerdeführer gemäss der Beurteilung von Dr. med. R. ___ aus physischer Sicht zurzeit und bis auf weiteres als Monteur arbeitsunfähig sei (Suva-Nr. 97); demgegenüber steht die voll beweismässige Einschätzung des Kreisarztes (Suva-Nr. 75) sowie der Umstand, dass die Rückenschmerzen auf degenerative Veränderungen der LWS zurückzuführen sind.

9.6 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb der adäquate Zusammenhang zwischen allfälligen über 8. Juni 2016 hinaus bestehenden, nicht aufgrund eines objektivierbaren organischen Substrats erklärbaren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 20. August 2015 zu verneinen ist.

10. Zusammenfassend ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. August 2015 über den 8. Juni 2016 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Mangels unfallkausaler Beschwerden entfällt auch ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Die gegen den Einspracheentscheid vom 21. Dezember 2016 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

11.

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (A.S. 74). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

11.3 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Kostennote vom 17. September 2018 einen Zeitaufwand von 16,23 Stunden geltend gemacht, was bei einem Stundenansatz von CHF 280.00 zu einem Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von CHF 5'306.60 führt. Der geltend gemachte Aufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit (wie Fristerstreckungen und Orientierungskopien), die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klientin») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Nicht zu berücksichtigen sind auch Positionen, deren Zusammenhang zum vorliegenden Verfahren nicht erkennbar ist.

Vorliegend entfallen auf Kanzleiaufwand im vorstehend umschriebenen Sinn 5 mal 0,17 Stunden (10. Februar 2017, 21. Februar 2017, 18. Juli 2017, 31. Juli 2018 und 6. August 2018), zweimal 0,33 Stunden (7. März 2017, 13. März 2017) sowie je einmal 0,75 Stunden (26. April 2017) und 0,58 Stunden (6. Juni 2017), total somit 2,84 Stunden. Keinen erkennbaren Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren weisen die 0,12 Stunden am 23. Januar 2018 auf. Hinzu kommen zweimal 0,17 Stunden für die nicht aktenkundigen Eingaben an das Versicherungsgericht vom 27. Februar 2017 und 6. August 2018, 0,25 Stunden für die öffentliche Verhandlung (sie dauerte 45 Minuten, in der Kostennote waren 60 Minuten vorgesehen) sowie zwei Stunden für den nachprozessualen Aufwand, der praxisgemäss auf eine Stunde geschätzt wird (die vom Beschwerdeführer als Begründung für die geltend gemachten drei Stunden angeführte Weisung des Obergerichts ist dem Gericht nicht bekannt). Insgesamt ist der geltend gemachte Aufwand von 16,23 Stunden somit um 5,55 Stunden zu reduzieren. Damit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 10,08 Stunden, der zum Stundenansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand von CHF 180.00 (§ 158 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) entschädigt wird.

Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 375.10 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT und i.V.m. § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag (GAV) zu kürzen bzw. auf CHF 222.00 festzusetzen. Folglich beträgt die Kostenforderung als unentgeltlicher Rechtsbeistand CHF 2'267.40 (10,08 Stunden zu CHF 180.00, zzgl. Auslagen von CHF 222.00 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (dieser ist, da keine auf einen höheren Ansatz lautende Vereinbarung zwischen Rechtsvertreter und Beschwerdeführer eingereicht wurde, zum Stundenansatz von CHF 230.00 zu berechnen) im Betrag von CHF 544.30 (10,08 x CHF 50.00, zzgl. CHF 40.30 MwSt) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

12. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_806/2018 vom 28. November 2018 nicht ein.

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