

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.230 vom 20. August 2020

SO Obergericht, 2020-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.230\\_d20200820](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.230_d20200820)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.230 du 20 août 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.230 del 20 agosto 2020

## Regeste

Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1975, [...], erlitt am 26. bzw. 25. Juni 2018 um zirka 16 Uhr in [...] bzw. [...] einen Unfall (Suva Aktenbeleg [Suva-] Nr. 1, 33). Der Unfallmeldung vom 30. Juli 2018 kann entnommen werden, dass er sich beim «Verladen im Fahrzeug» am Rücken eine Quetschung zugezogen habe (Suva-Nr. 1). In diesem Zeitpunkt war er als Chauffeur für die Firma B.\_\_\_\_, [...], tätig und in dieser Eigenschaft bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert (Suva-Nr. 1). Die Arbeitgeberin hatte das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer am 19. Juni 2018 per 28. Juni 2018 gekündigt (Suva-Nr. 5). 1.2 Am 10. Juli 2018 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Radiologie, [...], über das gleichentags erfolgte Röntgen der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 18). Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Radiologie und Kinderradiologie, E.\_\_\_\_, [...], erstattete dem Hausarzt des Beschwerdeführers am 27. Juli 2018 Bericht über die durchgeführte MRT der LWS und des ISG (Suva-Nr. 12). Am 8. August 2018 verfasste der Hausarzt des Beschwerdeführers, med. prakt. F.\_\_\_\_, [...], das durch die Beschwerdegegnerin angeforderte «Arbeitszeugnis UVG» (Suva-Nr. 7, 11). Gleichentags füllte der Beschwerdeführer den durch die Beschwerdegegnerin zugestellten Fragebogen aus (Suva-Nr. 16). 1.3 Die Suva teilte dem Beschwerdeführer am 24. August 2018 mit, dass sich ihren Unterlagen zufolge weder ein Unfallereignis im Sinne des Gesetzes zugetragen habe noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege (Suva-Nr. 21); damit erklärte sich der Beschwerdeführer anlässlich einer persönlichen Vorsprache vom 4. September 2018 bei der Beschwerdegegnerin als nicht einverstanden (Suva-Nr. 26). 1.4 Am 10. September 2018 erfolgte eine Befragung des Beschwerdeführers auf der Suva-Agentur in Solothurn, wo dieser u.a. angab, dass sich der Unfall nicht in [...], sondern am 25. (nicht 26.) Juni 2018, zirka 16 Uhr, in [...] ereignet habe (Suva-Nr. 33). Über diese Befragung erstattete der zuständige Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin gleichentags Bericht; dabei hielt er insbesondere fest, dass die Fallübernahme aufgrund der durchgeführten Abklärungen in Ordnung sei (Suva-Nr. 34). 1.5 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurochirurgie, H.\_\_\_\_, teilte med. prakt. F.\_\_\_\_ am 9. November 2018 seine Ergebnisse über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 6. November 2018 mit (Suva-Nr. 69). Am 14. November 2018 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, [...], dem Hausarzt des Beschwerdeführers über seine Untersuchung vom 13. November 2018 (Suva-Nr. 59). Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie FMH, L.\_\_\_\_, untersuchte den Beschwerdeführer am 16. November 2018 im Auftrag von Dr. med. I.\_\_\_\_ und erstattete darüber gleichentags

Bericht (Suva-Nr. 54). Am 28. November 2018 beantwortete der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, die durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen; dabei stellte er insbesondere fest, dass der Status quo sine nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr erreicht sei (Suva-Nr. 56). 1.6 Am 8. Januar 2019 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_ erneut dem Hausarzt des Beschwerdeführers über die am 7. Januar 2019 erfolgte Verlaufskontrolle (Suva-Nr. 65). Die Ärzte des N.\_\_\_\_ (PPZ), [...], Dr. med. O.\_\_\_\_, Leiter Zentrum für Schmerzmedizin, Oberarzt Anästhesiologie ZSM P.\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie ZSM, verfassten am 12. April 2019 ihren Bericht über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. April 2019 (Suva-Nr. 72). Dr. med. Q.\_\_\_\_ stellte dem Hausarzt des Beschwerdeführers am 23. April 2019 den Bericht über die am 18. April 2019 im N.\_\_\_\_ erfolgte Intervention zu (Suva-Nr. 73). Ein weiterer Interventionsbericht erfolgte am 1. Mai 2019 (Suva-Nr. 76). Am 2. Mai 2019 berichteten Dr. med. O.\_\_\_\_ und Physiotherapeutin R.\_\_\_\_ über die physiotherapeutische Standortbestimmung vom 29. April 2019 im N.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 77). Am 7. Mai 2019 erstatteten Dr. med. O.\_\_\_\_, Dr. med. S.\_\_\_\_, Leiter Psychiatrie, und Psychologin T.\_\_\_\_, alle N.\_\_\_\_, dem Hausarzt des Beschwerdeführers Bericht über dessen psychotherapeutische Untersuchung vom 1. Mai 2019 (Suva-Nr. 78). Der Suva-Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ äusserte sich am 10. Mai 2019 zu den durch die Beschwerdegegnerin am 9. Mai 2019 gestellten Fragen (Suva-Nr. 79).

## **E. 2**

2.1 Mit Verfügung vom 11. Juni 2019 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass sie den Fall per 25. Juni 2019 abschliesse und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne (Suva-Nr. 83). Am 24. Juni 2019 erklärte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin telefonisch, dass er mit dieser Verfügung nicht einverstanden sei (Suva-Nr. 91), was er am 28. Juni 2019 schriftlich bestätigte (Suva-Nr. 92, S. 2). Am 1. Juli 2019 erhob die Unia [...] Einsprache gegen die Verfügung vom 11. Juni 2019 (Suva-Nr. 94). Rechtsanwalt Zenari, [...], orientierte die Beschwerdegegnerin am 17. Juli 2019 über die Interessenwahrung für den Beschwerdeführer (Suva-Nr. 98). Am 30. August 2019 ergänzte und begründete er die Einsprache (Suva-Nr. 108). 2.2 In ihrem Entscheid vom 9. September 2019 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache gegen die Verfügung vom 11. Juni 2019 ab (Suva-Nr. 112). 3. Am 26. September 2019 erhebt der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 9. September 2019 (Aktenseite [A.S.] 8 ff.). Sein Vertreter stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (A.S. 9): 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 9. September 2019 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 11. Juni 2019 seien vollumfänglich aufzuheben. 2. Dem Beschwerdeführer seien über 25. Juni 2019 hinaus weiterhin Taggelder nach Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu entrichten, und die Beschwerdegegnerin habe die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu übernehmen. 3. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines 100%igen Invaliditätsgrades sowie eine in ihrer Höhe noch zu bestimmende Integritätsentschädigung zu entrichten, und es seien die Kosten für die Heilbehandlungen nach Massgabe von Art. 21 UVG zu übernehmen. 4. Subeventualiter sei in Gutheissung der Beschwerde eine externe orthopädisch-chirurgische Begutachtung zu initiieren. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin 4. In der Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2019 beantragt der Vertreter der Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, soweit überhaupt auf die Angelegenheit eingetreten werden könne (A.S. 27 ff.); dazu nimmt der

Vertreter des Beschwerdeführers am

## **E. 5**

Dezember 2019 Stellung (A.S. 41 ff.); gleichzeitig reicht er den an ihn gerichteten Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers vom 2. Dezember 2019 ein (Beschwerdebeilage [BB-]Nr. 3). 5. Mit Duplik vom 13. Januar 2020 äussert sich der Vertreter der Beschwerdegegnerin zur Replik (A.S. 56 f.). 6. Am 27. Januar 2020 gibt der Vertreter des Beschwerdeführers die Kostennote zu den Akten (A.S. 59 ff.). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Streitig und im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 25. Juni 2019 eingestellt hat. 3. Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten; diese ist somit im vorliegenden Fall beim zu beurteilenden Ereignis vom 25. Juni 2018 anwendbar (vgl. Art. 118 Abs. 1 UVG / Übergangsbestimmungen). 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.

## **E. 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 entfielen (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).

5. 5.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen 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, 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 es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der

bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.2 mit Hinweisen, 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1).

5.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C\_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_352/2015, 8C\_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids – hier vom 9. September 2019 – zu beschränken (BGE 135 V 201 E. 7.3 S. 215, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220).

5.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 354). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweis).

6. Was den Hergang des Unfalls vom 25. Juni 2018 anbelangt, lassen sich den Akten folgende, teilweise unterschiedliche Angaben entnehmen:

6.1 In der Unfallmeldung vom 30. Juli 2018 ist von einer am 26. Juni 2018 (recte: 25. Juni 2018; Suva-Nr. 33, S. 1) beim Verladen im Fahrzeug erlittenen Quetschung die Rede; Näheres hat die damalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers nicht angegeben (Suva-Nr. 1). Am 3. August 2018 erklärte der Beschwerdeführer gegenüber einer Suva-Mitarbeiterin telefonisch, er habe eine sehr schwere Transportpalette (400 kg) verladen müssen. Dabei habe es ihm beim Hantieren mit dem Wagen einen Schlag in den Rücken gegeben (Suva-Nr. 4). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, med. prakt. F.\_\_\_\_, führte im

«Arztzeugnis UVG» vom 8. August 2018 bei den «Angaben des Patienten» Folgendes an: «bei der Arbeit Palette gezogen und dadurch Rückenschmerzen bekommen». Die Erstbehandlung (beim Hausarzt) sei am 26. Juni 2018 erfolgt (Suva-Nr. 11). Der Beschwerdeführer antwortete am 10. August 2018 auf die Frage der Suva, ob sich etwas Besonderes ereignet habe, mit «Palet Rücken geschlagen» (Suva-Nr. 16, S. 2). Am 4. September 2018 gab er dem Suva-Sachbearbeiter telefonisch an, er habe eine Palette von zirka 400 – 500 kg verladen wollen. Beim Hantieren mit dem Wagen sei das verladene Material fast umgekippt, was er habe verhindern wollen. Dabei seien ihm die Paletten auf den Rücken gerutscht. Auf die Frage des Suva-Sachbearbeiters, wie es zu den Rückenschmerzen gekommen sei, habe der Beschwerdeführer wiederholt, dass «die Palette auf den Rücken geschlagen» habe. Allerdings spreche der Beschwerdeführer, so hielt der Suva-Sachbearbeiter fest, nicht gut Deutsch, weshalb Missverständnisse möglich seien (Suva-Nr. 26). Einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin (Gespräch mit der B.\_\_\_\_) vom 6. September 2018 lässt sich entnehmen, die Unfallmeldung habe damals – so Frau U.\_\_\_\_ – ihr Schwager aufgenommen. Nach Rücksprache mit ihm sei es so gewesen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, ihm sei etwas auf den Rücken gefallen. Die Unfallmeldung sei somit nicht präzise ausgefüllt worden (Suva-Nr. 30). Gegenüber einem Mitarbeiter der Suva-Agentur [...] gab der Beschwerdeführer am 10. September 2018 schliesslich Folgendes an: Er habe mit einem Palettenrolli eine Ladung (gefüllte Kartons usw.) ausgeladen. Der Boden sei leicht abschüssig gewesen. Er habe den Rolli mit der Ladung (zirka 400 kg schwer) in seine Richtung gezogen und sei rückwärtsgelaufen. Die Ladung sei dann plötzlich schnell auf ihn zugekommen. Er habe versucht, die Ladung zu bremsen, indem er den linken Oberschenkel dagegengestemmt habe. Er habe die Last jedoch nicht vollständig bremsen können; diese sei gegen seinen Rücken (linke untere Rückenpartie) geprallt. Er habe sofort einen einschiessenden Schmerz verspürt. Die Frage, ob es sich um einen Sturz gehandelt habe, verneinte der Beschwerdeführer (Suva-Nr. 33, S. 1). Diese Darstellung des Unfallhergangs bestätigt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde mit der Präzisierung, dass die Ladung «mit Schwung gegen seinen Rücken geprallt» sei (A.S. 10). 6.2 Die anlässlich der Befragung vom

## **E. 10**

September 2018 gemachten Aussagen des Beschwerdeführers zum Unfallhergang erscheinen grundsätzlich plausibel, nicht jedoch die Angabe, wonach ihm die Ladung «gegen seinen Rücken geprallt» sei. So befand er sich seinen Aussagen zufolge frontal zur Ladung und versuchte offensichtlich rückwärtsgehend erfolglos, mit dem linken Bein die auf dem abschüssigen Boden an Fahrt aufgenommene Ladung aufzuhalten. Die Annahme, dass er der Ladung im letzten Moment noch den Rücken zugewandt haben will, erscheint nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge sehr unwahrscheinlich; denkbar ist vielmehr ein Kontakt mit der Ladung auf der linken Körperseite, und zwar offensichtlich kurz vor dem Stillstand der Fuhre. Gegen die geltend gemachte, sinngemäss massive Rückenkontusion spricht die Tatsache, dass er die Arbeit anschliessend noch fortsetzte und sich erst am Tag darauf zum Arzt begab. Zudem gab er am 10. September 2018 gegenüber dem Suva-Sachbearbeiter lediglich an, die «Aufschlagstelle» – den genauen Ort derselben führte er nicht an – sei ein paar Stunden gerötet, jedoch nicht geschwollen gewesen (Suva-Nr. 33, S. 1), was nicht für eine massive «Kollision» spricht. Dazu kommt, dass allfällige Hämatome später, insbesondere durch den Hausarzt, festgestellt worden wären. Im Übrigen bleibt bei sich widersprechenden Angaben des Versicherten über den Unfallhergang – wie hier – 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). Weitere Abklärungen über Unfallhergang erübrigen sich indes, hat doch die Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen die Pflicht für Leistungen im Zusammenhang mit der geltend gemachten Rückenverletzung grundsätzlich, wenn auch befristet bis 25. Juni 2019, bejaht.

7. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 7.1 Am 10. Juli 2018 führte Dr. med. C.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ein Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) durch. Als Befund und Beurteilung führte er Folgendes an: «Normgliedrige LWS mit regulärer Konfiguration der Wirbelkörper in flacher linkskonvexer skoliotischer Stellung ohne Störung des dorsalen Alignements. ZWR insgesamt unauffällig. Allenfalls leichte Facettendegeneration L4/5 und L5/S1. Keine Fraktur. ISG unauffällig.» (Suva-Nr. 18). 7.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ kam in ihrer Beurteilung über die MRT der LWS und des ISG vom 27. Juli 2018 zu folgendem Schluss: «Diskopathie in drei kaudalen LWS-Segmenten. Grosse, rechts mediolaterale nach kaudal luxierende Bandscheibenhernie LWK 3/4 mit Kompression der rechten rezessalen und foraminale L4-Wurzel.» Als Nebenfunde gab sie an: «Auch in allen übrigen Segmenten keine weitere Affektion der neuralen Strukturen. Regelrechte Muskelatrophik. Keine weiteren relevanten Nebenfunde.» (Suva-Nr. 12). 7.3 Im Rahmen von Beurteilung und Procedere hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ am 9. November 2018 fest, aufgrund der relativ diffusen Schmerzausstrahlung, aktuell ohne relevante neurologische Defizite, empfehle er vorerst eine interventionelle Schmerztherapie, vor allem zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; dies, um allenfalls auch festzustellen, ob überhaupt ein operativer Eingriff nach dieser Zeit die Schmerzen behandeln würde. Der Patient gebe insgesamt paravertebrale Schmerzen auch bis zum Nacken und zwischen die Schulterblätter ausstrahlend an, was auf keinen Fall durch die Operation beeinflusst würde (Suva-Nr. 69). 7.4 Am 13. November 2018 untersuchte Dr. med. I.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer. Er stellte in seinem Bericht vom 13. November 2018 folgende Diagnosen: - M54.4: Lumboischialgie beidseits, mit am ehesten pseudoradikulär imponierender Ausstrahlung in beide Beine, links stärker als rechts. Status nach Verhebetrauma am 26. Juni 2018. DD bei grosser, nach kaudal luxierter Diskushernie L3/4 rechts mit Verlagerung der L4 Wurzel (ICD-10 M51.1), DD mit facettengenogenen Schmerzkomponenten bei Facettengelenksergüssen (ICD-10 M48.96) - F45.41: (Verdacht auf) Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Tendenz zur Chronifizierung - Z56: schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit seit fünf Monaten Als Vorbefund hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ «MRT der LWS vom 27.07.2018» und bei «Bewertung und Procedere» Folgendes fest: Der Patient habe einen subchronischen, invalidisierenden Rückenschmerz mit pseudoradikulär imponierender Ausstrahlung in beide Beine, vor allem links, angegeben. Der radiologische Befund zeige eine Diskushernie L3/4 mit Kompression der Wurzel L4 rechts. Daneben seien auch Reizergüsse in den Facettengelenken zu beobachten. Er habe sich bei ihm, Dr. med. I.\_\_\_\_, vorwiegend zur interventionellen Diagnostik vorgestellt. Der Rückenschmerz sei deutlich ausgedehnter, als dies von den radiologischen Befunden her zu erwarten gewesen wäre. Der Patient biete ausserdem deutlich erkennbare Yellow Flags mit schon mehrmonatig bestehender Arbeitsunfähigkeit und eine gewisse Ängstlichkeit, insbesondere vor invasiveren Massnahmen. Er, Dr. med.

I.\_\_\_\_, habe mit dem Patienten heute besprochen, diagnostische Blockaden durchzuführen, um die somatischen Komponenten des Schmerzbilds besser aufklären zu können. Beginnen würden sie mit einer beidseitigen, diagnostisch-therapeutischen Facettengelenksblockade L3-S1. Sollte diese Massnahme zu keiner relevanten Schmerzlinderung führen, käme als nächster Schritt möglicherweise eine Infiltration der Wurzel L4 rechts in Frage, gegebenenfalls auch eine epidurale Infiltration. Bei ansonsten unauffällig erscheinendem, neurologischem Status habe der Patient eine Sensibilitätsminderung am linken Bein angegeben. Er, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe ihm deswegen vorgeschlagen, ihn auch fachneurologisch beurteilen zu lassen, und zwar durch Dr. med. K.\_\_\_\_. Im weiteren Verlauf sollte aus seiner Sicht – so Dr. med. I.\_\_\_\_ – leitliniengerecht unbedingt auch eine psychologische Evaluation, gegebenenfalls auch die Anbindung an ein multimodal orientiertes Schmerzzentrum, erwogen werden (Suva-Nr. 59).

7.5 In seiner Beurteilung vom 16. November 2018 über die gleichentags erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ fest, dass er in der klinischen Untersuchung keine Zeichen radikulärer Ausfälle gefunden habe (Suva-Nr. 54).

7.6 Am 28. November 2018 führte der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ – auf Fragen der Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 56, S. 1) – aus, dass dem Versicherten – gemäss dessen Angaben – am 25. Juni 2018 bei der Arbeit (B.\_\_\_\_, [...]) die Ladung eines mit Kartons beladenen Palettenrollis gegen die linke untere Rückenpartie geprallt sei. Die Arbeit habe noch zu Ende geführt werden können. Eine Konsultation beim Hausarzt (prakt. med. F.\_\_\_\_) sei am 26. Juni 2018 erfolgt. Laut Aussage des Neurologen der L.\_\_\_\_L.\_\_\_\_, [...], vom 16. November 2018 habe sich kein Hinweis für auf eine radikuläre Problematik ergeben. Die Frage, ob die Gesundheit der versicherten Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, bejahte der Kreisarzt mit der Begründung, es bestehe eine leichte Facettengelenksdegeneration der LWS und eine mehretagere Diskopathie L3/4 bis L5/S1 mit Diskushernie L3/4. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der Unfall, so Dr. med. M.\_\_\_\_, nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, die objektivierbar wären, geführt. Nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, werde der status quo sine erreicht sein. Diese Frage (Datum status quo) sei nach sechs Monaten wieder zu prüfen. Zu erwägen sei, so schloss Dr. med. M.\_\_\_\_, eine arbeitsorientierte Frührehabilitation (Suva-Nr. 56, S. 2).

7.7 Im Bericht über die interventionelle Schmerztherapie vom 8. Januar 2019 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ u.a. fest, dass der Patient bei der Intervention ein inadäquates Schmerzverhalten gezeigt habe; er möchte diesen beim Zentrum für Schmerzmedizin in [...] anmelden (Suva-Nr. 65).

7.8 Die Ärzte des N.\_\_\_\_ (PPZ), Dres. med. O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_, stellten am 12. April 2019 beim Beschwerdeführer als Diagnose (ICD-10 M54.4) «Kreuzschmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein bei Status nach Verhebetrauma am 26. Juni 2018 und grosse, nach kaudal luxierte Diskushernie L3/4 rechts mit Verlagerung der L4 Wurzel». Es bestehe ein lumbo-sakraler Schmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein, entlang des Dermatoms L4. Trotz der Inkongruenz mit den magnetresonanztomographischen Befunden (Wurzelkompression L4 rechts) würden sie, die Ärzte, dem Patienten eine diagnostische Wurzelblockade L4 aufgrund der reproduzierbar auslösbaren dermatomalen Ausstrahlung auf der linken Seite empfehlen. Eine diagnostische und therapeutische Infiltration der Facettengelenke L3-S1 beidseits sei bereits im Dezember 2018 durchgeführt worden; diese habe kein positives Ergebnis gezeigt. Im Weiteren empfahlen die Ärzte des PPZ die Durchführung einer interventionellen Diagnostik der Nervenwurzel L4 links. Bei positiver Blockade öffne sich die Möglichkeit einer funktionellen perkutanen Rhizotomie. Der Patient werde für eine

physiotherapeutische Standortbestimmung aufgebieten. Die bisherige Physiotherapie habe der Patient im August 2018 aufgrund einer Schmerzverstärkung abgebrochen. Eine Wiederaufnahme sei unbedingt indiziert. Bei Verdacht auf defizitäre Schmerzbewältigungsstrategien und teilweise inadäquatem Schmerzverhalten böten sie, die Ärzte des PPZ, den Patienten zu einer psychotherapeutischen Standortbestimmung auf. Die Teilnahme an einer Schmerzbewältigungsgruppe werde dort evaluiert (Suva-Nr. 72, S. 1).

7.9 Am 2. Mai 2019 hielten Dr. med. O.\_\_\_\_ und Physiotherapeutin R.\_\_\_\_ fest, dass sich aus schmerzphysiotherapeutischer Sicht beim Patienten ein zentrales Verarbeitungsproblem mit einer starken zentralen Sensibilisierung gezeigt habe. Die Schmerzausweitung der Symptomatik des Patienten und seine inkonsistente Reaktion auf die ausgeführten, strukturellen Testungen seien ein klares Indiz dafür. Eine physiotherapeutische Therapie sei hierbei nur in Kombination mit einer schmerzpsychologischen Therapie zielführend. In der Physiotherapie sollten als Ziel die Belastungssteigerung im Sinne des Pacing Modells sowie eine Aktivitätssteigerung im Sinne der Schmerzedukation berücksichtigt werden. Durch die Aktivierung könne auch der allgemeinen Dekonditionierung des Patienten entgegengewirkt werden. Die Aktivierung sollte vor allem die Kräftigung und Förderung der Ausdauerfunktion im Bereich der Rumpf- sowie der gesamten Beinmuskulatur beinhalten, aber auch einen alltagsspezifischen Trainingsbezug zeigen (Suva-Nr. 77, S. 2 ff.).

7.10 Dres. med. O.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ sowie die Psychologin T.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 7. Mai 2020 beim Beschwerdeführer einen Kreuzschmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein (ICD-10 M54.4) (...), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) (...). Zusammenfassend hielten sie fest, dass das psychologische Gespräch vom 1. Mai 2020 mit dem Beschwerdeführer zur psychologischen Diagnostik und zum Therapieangebot der multikulturellen Schmerzbewältigungsgruppe für chronische Schmerzpatienten mit geringen Deutschkenntnissen stattgefunden habe. Beim Patienten sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (ICD-10 F45.41). Seit dem Unfall im 2018 leide er an einer gedrückten Stimmung, Antriebsschwäche, Freudlosigkeit und schmerzbedingter Sexualfunktionsstörung, was ihn sehr belaste (F33.1). Lebensgeschichtlich liessen sich einige psychosoziale Belastungsfaktoren eruieren: Kriegserlebnisse mit dem Verdacht einer Traumafolgestörung und die Erkrankung seines Sohns. Aktuell wirkten sich die Arbeitsunfähigkeit und die Trennung von seiner Familie negativ aus, sodass der Schmerz begünstigt werde. Sein Schmerz Umgang sei noch von einem passiven Coping sowie der Hoffnung auf eine medizinische Lösung geprägt. Mithilfe der Vermittlung von schmerzbewältigenden Strategien, inklusive Entspannungstraining und Aktivitätsaufbau, sollte die Selbstwirksamkeit des Patienten unterstützt und die depressiven Beschwerden behandelt werden (Suva-Nr. 78, S. 3).

7.11 Am 10. Mai 2019 hielt der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ aufgrund der ergänzten medizinischen Aktenlage fest, dass der Status quo sine spätestens nach 12 Monaten bzw. ein Jahr nach dem Unfall als erreicht gelte. Die Ärzte der N.\_\_\_\_ gingen beim Beschwerdeführer von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus (Suva-Nr. 79).

7.12 Med. prakt. F.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 2. Dezember 2019 an den Vertreter des Beschwerdeführers eine «grosse rechts mediolaterale Bandscheibenhernie L3/4 mit Kompression der rechten L4 Wurzel». Die Beschwerden hätten sich weiter verschlimmert. Die Leistungsunfähigkeit als Fahrer wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 %. Alsdann folgte eine kurze Stellungnahme zu den Einschätzungen des Kreisarztes (BB-Nr. 3).

8. Die Würdigung

der medizinischen Aktenlage ergibt Folgendes: 8.1 8.1.1 Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, an die Beweiswürdigung seien strenge Anforderungen zu stellen, wenn in einem Versicherungsfall entschieden werde, ohne ein externes Gutachten einzuholen. In diesem Sinne seien die Elaborate des Kreisarztes schon mit Blick auf die bundesgerichtlichen Beweisregeln (mit Hinweis auf BGE 125 V 351, 135 V 465 und Urteil 8C\_73/2011; vgl. A.S. 12) ohnehin kaum beweiskräftig und vermöchten keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs zu bilden (A.S. 13). In diesem Zusammenhang sei weiter auf den Aufsatz «Das medizinische Kausalitätsgutachten (...)» von Dr. med. Stöckli zu verweisen (A.S. 14). Vorliegend sei weder erstellt, dass ein relevanter Vorzustand vorliege, noch, falls hiervon zu Unrecht ausgegangen würde, wieso dieser infolge des Unfalls bloss zu vorübergehenden Beschwerden geführt haben solle; dies werde nicht begründet. Der Beschwerdeführer habe vor dem Ereignis vom 25. Juni 2018 an keinerlei Beschwerden gelitten, beklage jedoch seither ständige Rückenbeschwerden. Im Weiteren habe Dr. med. M. \_\_\_ nicht begründet, weshalb der Abheilungszeitraum ein Jahr betragen solle; damit habe er klarerweise nicht den Einzelfall berücksichtigt. Auch scheine der Kreisarzt zu verkennen, dass objektivierbare somatische Befunde vorlägen. Es bestehe nicht bloss ein psychisches Problem. Die Beurteilung des Kreisarztes beschränke sich auf drei Sätze und zeige nicht auf, welche Akten ihm zur Verfügung gestanden hätten (A.S. 15 ff.). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin auch den Beweis des Dahinfallens jeglicher Kausalität nicht ansatzweise erbracht (A.S. 17).

8.1.2 Dazu entgegnet die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, auf die Ausführungen des Beschwerdeführers unter Hinweis auf das bundesgerichtliche Urteil 8C\_73/2011 sei nicht weiter einzutreten, da es sich dort nicht um einen UVG-, sondern um einen IV-Fall gehandelt habe. Ein externes Gutachten dränge sich umso weniger auf, je qualifizierter die beurteilenden Ärzte seien. Bei Dr. med. M. \_\_\_ handle es sich einerseits um einen Facharzt für Chirurgie, der prädestiniert sei, vorliegende Streitfragen zu prüfen. Andererseits sei er ein sehr erfahrener Kreisarzt, was der Beschwerdeführer richtigerweise nicht in Zweifel gezogen habe (A.S. 30). Wenn der Rechtsvertreter im Beschwerdeverfahren despektierlich von «Elaboraten des Kreisarztes» spreche, müsse dies nicht weiter kommentiert werden; dies sei höchstens ein Zeichen mangelnder fachlicher Kritik. Auf die bloss subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, die somatischen Befunde in der Wirbelsäule seien unfallkausal, könne nicht abgestellt werden. Tatsache sei, dass es sich um einen Vorzustand handle, was der Beschwerdeführer indirekt anerkannt habe. In den Berichten von Dres. med. K. \_\_\_, C. \_\_\_ und I. \_\_\_ liessen sich weder Zeichen radikulärer Ausfälle noch Hinweise auf unfallbedingte Gesundheitsschäden entnehmen (A.S. 31). Weil es sich im vorliegenden Fall nicht um Nackenschmerzen irgendeiner verunfallten Person handle, sei der Hinweis des Beschwerdeführers bezüglich des Aufsatzes von Dr. Stöckli irrelevant. Unerwähnt gelassen habe der Beschwerdeführer das hier einschlägige Bundesgerichtsurteil 8C\_237/2012, worin es um die Bandscheibenproblematik gehe; damit verkenne er die massgebende Rechtsprechung. Ob unfallbedingte somatische Folgen bestünden, beurteile nicht ein Schmerztherapeut, sondern ein Facharzt für Chirurgie, und zwar gestützt auf die Ergebnisse bildgebender Verfahren (A.S. 32).

8.1.3 Der Kreisarzt Dr. med. M. \_\_\_ hat in seinen beiden Berichten vom 28. November 2018 und 10. Mai 2019 zwar kurz, jedoch klar und ausreichend zum medizinischen Sachverhalt Stellung bezogen. Die Ausführungen des Kreisarztes sind schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. Er ist zum Schluss gekommen, dass der Status quo sine nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Unfall erreicht sei (Suva-Nr. 56, 79). Dabei hat sich der Kreisarzt auf die Ergebnisse der

bildgebenden Verfahren bzw. auf die massgebenden Berichte von Dres. med. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ sowie auf den Bericht des Neurologen Dr. med. K.\_\_\_\_ stützen können, worauf (vgl. E. II 7.1 ff. hiervor bzw. Suva-Nr. 12, 18, 54) verwiesen werden kann; insbesondere hat er auch – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 51) – den MRI-Befund miteinbezogen, jedoch die darin festgestellte Diskushernie aufgrund der Beurteilung der Radiologin und seiner fachmedizinischen Kenntnisse nicht als unfallkausal qualifiziert. Die Annahme, der Status quo sine sei nach sechs bis neun Monaten, spätestens ein Jahr nach dem Unfall erreicht worden, wird durch die von der Rechtsprechung anerkannte medizinische Erfahrung gestützt (vgl. E. II. 4.7 hiervor); weshalb im vorliegenden Fall von dieser medizinischen Erfahrungstatsache abgewichen werden soll, vermag der Beschwerdeführer weder sachlich noch stichhaltig zu begründen. Die Beschwerdegegnerin hat im Übrigen ihre Leistungen nicht bereits nach sechs bzw. neun Monaten, sondern erst ein Jahr nach dem Unfallereignis eingestellt. 8.2 8.2.1 Im Weiteren hat der Beschwerdeführer bemängelt, er sei durch den Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht einmal selbst untersucht worden (A.S. 13); dazu hat sich die Beschwerdegegnerin nicht vernehmen lassen. 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 hat der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ über sämtliche massgebenden Arztberichte verfügt, wozu insbesondere jene von Dres. med. D.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ gehören (vgl. E. II 8.1.3 hiervor). Damit ist er in der Lage gewesen, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und neue medizinischen Abklärungen eine Beurteilung des feststehenden medizinischen Sachverhalts vorzunehmen. Es gibt nichts daran auszusetzen, dass der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. So befinden sich in den Akten namentlich ausführliche, auf klinischen und bildgebenden Untersuchungen beruhende Berichte, die die Situation zwar nicht unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 25. Juni 2018, sondern erstmals rund zwei Wochen danach aufzeigen (Suva-Nr. 12, 18 ff.); offensichtlich hat sich der Hausarzt des Beschwerdeführers vorher nicht veranlasst gesehen, bildgebende Untersuchungen in die Wege zu leiten. Was die Situation der LWS und des ISG anbelangt, hat der Kreisarzt auf den Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ abstellen können, der aufgrund der Röntgenaufnahmen von einer leichten Facettendegeneration L4/5 und L5/S1, mithin nicht unfallbedingten Veränderungen spricht (Suva-Nr. 18). Namentlich haben Dr. med. M.\_\_\_\_ der Bericht des Röntgens der LWS vom 10. Juli 2018 sowie jener der MRT der LWS und des ISG vom 27. Juli 2018 vorgelegen; darauf kann – wie bereits erwähnt – verwiesen werden (vgl. E. II 7.1

ff. hiervor). Die Aussage des Beschwerdeführers, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein (Suva-Nr. 34, S. 1; A.S. 14), 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 stattgefunden hat, vermag folglich den Beweiswert der Stellungnahmen der beiden Kreisärzte nicht zu schmälern. 8.3 8.3.1 Ferner hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, für die Prüfung der vorliegenden Streitfragen bedürfe es anstelle eines Facharztstitels für Chirurgie eines solchen für orthop.ische Chirurgie (A.S. 48). 8.3.2 Der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ ist als Facharzt für Chirurgie sehr wohl fähig, den vorliegenden medizinischen Sachverhalt kompetent zu beurteilen. 8.4 8.4.1 Ferner hat der Beschwerdeführer moniert, dass die Antworten des Kreisarztes stichwortartig, rudimentär und ohne jegliche Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Akten ausgefallen seien. Es werde dabei auf die Beurteilung des Neurochirurgen Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 hingewiesen, wonach die grosse, nach kaudal luxierte Diskushernie durch den Unfall vom Juli 2018 verursacht worden sei. Hingewiesen werde ferner auf den Bericht von med. prakt. F.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2019, worin der Kausalzusammenhang zwischen Diskushernie und Unfall bejaht werde (A.S. 47). Dazu hat die Beschwerdegegnerin festgehalten, dass die durch den Beschwerdeführer eingeholte Bestätigung von med. prakt. F.\_\_\_\_ an der fachärztlichen Beurteilung der Kausalität nichts zu ändern vermöge (A.S. 57). 8.4.2 Den Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 kann schon deshalb nur eingeschränkte Beweiskraft beigemessen werden, weil sich seine Beurteilung vorwiegend auf die Empfehlung beschränkt, vorerst eine interventionelle Schmerztherapie durchzuführen. Die Befunderhebung beschränkt sich auf eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers. Die diagnostizierte Diskushernie beurteilt Dr. med. G.\_\_\_\_ als «anamnestisch traumatisch nach einem Verhebetauma bei der Arbeit im Juli 2018» (vgl. Suva-Nr. 69, S. 1). Dazu ist Folgendes festzuhalten: 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 – wie bereits angeführt – 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). Das Unfallereignis vom 25. Juni 2018 kann – entgegen der Darstellung des

Beschwerdeführers – 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, wenn er auch geltend macht, sofort einen einschliessenden Schmerz verspürt und die Arbeit unter Schmerzen beendet zu haben. Immerhin sei er noch bis zum nächsten Kunden gefahren, wo er allerdings wegen der Schmerzen nicht mehr habe aussteigen können (Suva-Nr. 33, S. 1). Diese Aussage lässt Zweifel aufkommen, wäre doch in diesem Fall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein ärztlicher Notfalleinsatz mit Spitaleinweisung nötig gewesen; dazu lässt sich den Akten jedoch nichts entnehmen. Eine unfallbedingte Diskushernie – und damit notwendigerweise ein vertebrales oder radikuläres Syndrom – wäre bei einer am Unfalltag durchgeführten Untersuchung nicht unbemerkt geblieben, was insbesondere auch für das Röntgen der LWS vom 10. Juli 2018 durch Dr. med. C. \_\_\_ gilt. Letzterer hat bekanntlich einzig eine leichte Facettendegeneration L4/5 und L5/S1, insbesondere keine Fraktur und zudem ein unauffälliges ISG festgestellt (Suva-Nr. 18). Dazu kommt, dass auch im Falle einer Aktivierung eine richtunggebende Verschlimmerung aufgrund der medizinischen Akten – wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend festgestellt hat – zu verneinen ist, insbesondere nachdem eine solche bildgebend auch nicht ausgewiesen ist.

8.4.3 Der Bericht von Dr. med. G. \_\_\_ – worin im Übrigen von einem Verhebetauma die Rede ist (Suva-Nr. 69), was sich im vorliegenden Fall, wo es um das Anschlagen der linken Körperseite geht, nicht nachvollziehen lässt – ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. M. \_\_\_ hervorzurufen. Gleich verhält es sich im Übrigen mit den Berichten und Einschätzungen des Hausarztes med. prakt. F. \_\_\_. 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 für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte – wie im vorliegenden Fall bezüglich jener des N. \_\_\_ (auch diese haben ein Verhebetauma erwähnt [Suva-Nr. 72]) sowie der J. \_\_\_ – 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).

8.4.4 Folglich erübrigen sich – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – 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 auf umfassenden Abklärungen beruhen, die insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis führen und keine auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung durch Dr. med. M. \_\_\_ bestehen, geht dieser Vorwurf des Beschwerdeführers fehl. Auch die durch den Beschwerdeführer geltend gemachte Tatsache, er sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen (Suva-Nr. 34, S. 1; A.S. 15), ist unbehelflich,

wenn auch keine medizinischen Unterlagen über dessen Vorzustand vorliegen; namentlich lässt sich – wie im angefochtenen Entscheid festgehalten – daraus nicht ableiten, dass die nach Fallabschluss per 25. Juni 2019 geklagten Rückenbeschwerden überwiegend wahrscheinlich noch unfallkausal sind. So ist aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. M. \_\_\_ vom 10. Mai 2019 mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die durch den Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden bereits nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfallereignis nicht mehr auf den versicherten Unfall zurückzuführen gewesen sind. Weitere Abklärungen bezüglich des Vorzustands sind somit nicht notwendig.

9. 9.1 In seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2019 hat Dr. med. M. \_\_\_ angeführt, die Ärzte des N. \_\_\_ (PPZ) gingen von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus. Der Beschwerdeführer hat dazu einzig ausgeführt, es liege nicht bloss ein psychisches Problem vor, sondern es bestünden – mit Hinweis auf den Bericht des PPZ vom 2. Mai 2019 – auch objektivierbare somatische Befunde (A.S. 16). Ohne näher auf den Beweiswert des Berichts der Ärzte des PPZ vom 7. Mai 2018 einzugehen – worin eine rezidivierende depressive Störung (...) sowie eine chronisches Schmerzstörung (...) diagnostiziert werden (Suva-Nr. 78, S. 1) –, 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 offengelassen 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 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 25. Juni 2018 lässt sich – gestützt auf die Ausführungen in E. II. 6 hiervor – folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer war im Begriff, rückwärtslaufend mit einem Palettenrolli eine Ladung (zirka 400 kg schwer) zu verschieben, als diese auf leicht abschüssigem Boden Fahrt aufgenommen habe. Trotz Entgegenstemmen seines linken Oberschenkels habe er die Fuhre nicht mehr abbremsen können mit der Folge, dass diese nicht – wie durch den Beschwerdeführer dargestellt – gegen seinen Rücken prallte, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit seiner linken Körperseite kollidierte.

9.4.3 Der Unfall des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2018 ist – gestützt auf die Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 – beispielsweise mit folgenden Ereignissen zu vergleichen, die als leicht qualifiziert worden sind: - Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde (Urteil U 202/99 vom 25. April 2000 E. 2b/bb). - Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab (Urteil U 5/01 vom 15. Oktober 2001 E. 5). - Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach (Urteil U 126/04 vom 30. September 2004 Sachverhalt lit. A sowie E. 3.2 und 4.1). - Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen (Urteil 8C\_177/2009 vom 12. August 2009 E. 7.2). Das vorliegend zu beurteilende Ereignis ist den leichten Unfällen zuzuordnen; dies umso mehr, als der Beschwerdeführer danach in der Lage war, die Arbeit – wenn auch seinen Angaben zufolge nur für kurze Zeit – fortzusetzen und er erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte (vgl. Suva-Nr. 11).

9.5 Nach der Rechtsprechung ist eine Adäquanzbeurteilung ausnahmsweise auch bei leichten Unfällen mit psychischen Unfallfolgen oder Schleudertrauma der HWS vorzunehmen, wenn die unmittelbaren Folgen das Beschwerdebild im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen. Dabei sind die Kriterien heranzuziehen, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten (vgl. BGE 129 V 402 E. 4.4.2 S. 408; in SVR 2004 UV Nr. 12 S. 44 nicht publ. E. 4.2.2 des Urteils U 173/02 vom 15. Januar 2004; RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 E. 3b). Diese Gerichtspraxis ist aufgrund ihres

Ausnahmecharakters zurückhaltend anzuwenden; dies ist schon deshalb angezeigt, weil es sich bei den in Betracht fallenden unmittelbaren Unfallfolgen um Umstände handelt, z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit, welche (auch) bei der Prüfung der massgebenden Kriterien von Bedeutung sind (Urteil U 106/04 vom 5. November 2004 E. 4.2.1; z.G. Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 5.1).

9.6 Werden die Kriterien für Unfälle im mittleren Bereich herangezogen, ergibt sich im vorliegenden Fall Folgendes:

9.6.1 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 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).

9.6.2 Der Beschwerdeführer hatte am 25. Juni 2018 – wie hiervor ausgeführt – eine Kollision mit einem beladenen Palettenrolli. Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen eindrücklich sein; es kann aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hat, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums bezeichnet werden. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher zu verneinen (vgl. E. II. 9.4.1 bzw. die dort angeführten Urteile des Bundesgerichts).

9.6.3 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 allenfalls eine Kontusion (gerötete Aufschlagstelle, vermutlich keine Schwellung; Suva-Nr. 33, S. 1). Eine solche Verletzung ist nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung zu begünstigen. Die noch geltend gemachten, bestehenden Rückenbeschwerden sind – wie vorstehend ausgeführt – degenerativer Natur und daher hier nicht von entscheidender Bedeutung.

9.6.4 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 Gesundheitszustands 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 vom 25. Juni 2018 konservativ behandelt worden. Eine allfällige Kontusion dürfte längst ausgeheilt sein. Eine Operation ist nicht erfolgt. Die noch andauernde ärztliche Behandlung ist auf die degenerativen Rückenbeschwerden zurückzuführen. Nach Einschätzung des Kreisarztes ist – wie bereits angeführt – der status quo sine bezüglich der Rückenbeschwerden sechs bis neun Monate bzw. spätestens nach einem Jahr nach dem Unfallereignis erreicht gewesen. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden.

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

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

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

9.6.8 Schliesslich ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen, das ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten ist. So ist der medizinische Endzustand aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung des Kreisarztes erreicht und sind die noch geltend gemachten Rückenschmerzen auf degenerative Veränderungen der LWS zurückzuführen.

9.7 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb der adäquate Zusammenhang zwischen allfälligen über 25. Juni 2019 hinaus bestehenden, nicht aufgrund eines objektivierbaren organischen Substrats erklärbaren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. Juni 2018 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 25. Juni 2018 über den Fallabschluss per 25. Juni 2019 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung – wozu auch eine allfällige Integritätsentschädigung gehört – auszurichten. Die gegen den Einspracheentscheid vom 9. September 2019 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

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

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

## E. 25

Juni 2018 anbelangt, lassen sich den Akten folgende, teilweise unterschiedliche Angaben entnehmen:

6.1 In der Unfallmeldung vom 30. Juli 2018 ist von einer am 26. Juni 2018 (recte: 25. Juni 2018; Suva-Nr. 33, S. 1) beim Verladen im Fahrzeug erlittenen Quetschung die Rede; Näheres hat die damalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers nicht angegeben (Suva-Nr. 1). Am 3. August 2018 erklärte der Beschwerdeführer gegenüber einer Suva-Mitarbeiterin telefonisch, er habe eine sehr schwere Transportpalette (400 kg) verladen müssen. Dabei habe es ihm beim Hantieren mit dem Wagen einen Schlag in den Rücken gegeben (Suva-Nr. 4). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, med. prakt. F.\_\_\_\_, führte im «Arztzeugnis UVG» vom 8. August 2018 bei den «Angaben des Patienten» Folgendes an: «bei der Arbeit Palette gezogen und dadurch Rückenschmerzen bekommen». Die Erstbehandlung (beim Hausarzt) sei am 26. Juni 2018 erfolgt (Suva-Nr. 11). Der Beschwerdeführer antwortete am 10. August 2018 auf die Frage der Suva, ob sich etwas Besonderes ereignet habe, mit «Palet Rücken geschlagen» (Suva-Nr. 16, S. 2). Am 4. September 2018 gab er dem Suva-Sachbearbeiter telefonisch an, er habe eine Palette von zirka 400 ■ 500 kg verladen wollen. Beim Hantieren mit dem Wagen sei das verladene Material fast umgekippt, was er habe verhindern wollen. Dabei seien ihm die Paletten auf den Rücken gerutscht. Auf die Frage des Suva-Sachbearbeiters, wie es zu den Rückenschmerzen gekommen sei, habe der Beschwerdeführer wiederholt, dass «die Palette auf den Rücken geschlagen» habe. Allerdings spreche der Beschwerdeführer, so hielt der Suva-Sachbearbeiter fest, nicht gut Deutsch, weshalb Missverständnisse möglich seien (Suva-Nr. 26). Einer Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin (Gespräch mit der B.\_\_\_\_) vom 6. September 2018 lässt sich entnehmen, die Unfallmeldung habe damals ■ so Frau U.\_\_\_\_ ■ ihr Schwager aufgenommen. Nach Rücksprache mit ihm sei es so gewesen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, ihm sei etwas auf den Rücken gefallen. Die Unfallmeldung sei somit nicht präzise ausgefüllt worden (Suva-Nr. 30). Gegenüber einem Mitarbeiter der Suva-Agentur [...] gab der Beschwerdeführer am 10. September 2018 schliesslich Folgendes an: Er habe mit einem Palettenrolli eine Ladung (gefüllte Kartons usw.) ausgeladen. Der Boden sei leicht abschüssig gewesen. Er habe den Rolli mit der Ladung (zirka 400 kg schwer) in seine Richtung gezogen und sei rückwärtsgelaufen. Die Ladung sei dann plötzlich schnell auf ihn zugekommen. Er habe versucht, die Ladung zu bremsen, indem er den linken Oberschenkel dagegengestemmt habe. Er habe die Last jedoch nicht vollständig bremsen können; diese sei gegen seinen Rücken (linke untere Rückenpartie) geprallt. Er habe sofort einen einschiessenden Schmerz verspürt. Die Frage, ob es sich um einen Sturz gehandelt habe, verneinte der Beschwerdeführer (Suva-Nr. 33, S. 1). Diese Darstellung des Unfallhergangs bestätigt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde mit der Präzisierung, dass die Ladung «mit Schwung gegen seinen Rücken geprallt» sei (A.S. 10).

6.2 Die anlässlich der Befragung vom 10. September 2018 gemachten Aussagen des Beschwerdeführers zum Unfallhergang erscheinen grundsätzlich plausibel, nicht jedoch die Angabe, wonach ihm die Ladung «gegen seinen Rücken geprallt» sei. So befand er sich seinen Aussagen zufolge frontal zur Ladung und versuchte offensichtlich rückwärtsgehend erfolglos, mit dem linken Bein die auf dem abschüssigen Boden an Fahrt aufgenommene Ladung aufzuhalten. Die Annahme, dass er der Ladung im letzten Moment noch den Rücken zugewandt haben will, erscheint nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge sehr

unwahrscheinlich; denkbar ist vielmehr ein Kontakt mit der Ladung auf der linken Körperseite, und zwar offensichtlich kurz vor dem Stillstand der Fuhre. Gegen die geltend gemachte, sinngemäss massive Rückenkontusion spricht die Tatsache, dass er die Arbeit anschliessend noch fortsetzte und sich erst am Tag darauf zum Arzt begab. Zudem gab er am 10. September 2018 gegenüber dem Suva-Sachbearbeiter lediglich an, die «Aufschlagstelle» ■ den genauen Ort derselben führte er nicht an ■ sei ein paar Stunden gerötet, jedoch nicht geschwollen gewesen (Suva-Nr. 33, S. 1), was nicht für eine massive «Kollision» spricht. Dazu kommt, dass allfällige Hämatome später, insbesondere durch den Hausarzt, festgestellt worden wären. Im Übrigen bleibt bei sich widersprechenden Angaben des Versicherten über den Unfallhergang ■ wie hier ■ 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). Weitere Abklärungen über Unfallhergang erübrigen sich indes, hat doch die Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen die Pflicht für Leistungen im Zusammenhang mit der geltend gemachten Rückenverletzung grundsätzlich, wenn auch befristet bis 25. Juni 2019, bejaht.

7. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

7.1 Am 10. Juli 2018 führte Dr. med. C. \_\_\_ beim Beschwerdeführer ein Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) durch. Als Befund und Beurteilung führte er Folgendes an: «Normgliedrige LWS mit regulärer Konfiguration der Wirbelkörper in flacher linkskonvexer skoliotischer Stellung ohne Störung des dorsalen Alignements. ZWR insgesamt unauffällig. Allenfalls leichte Facettendegeneration L4/5 und L5/S1. Keine Fraktur. ISG unauffällig.» (Suva-Nr. 18).

7.2 Dr. med. D. \_\_\_ kam in ihrer Beurteilung über die MRT der LWS und des ISG vom 27. Juli 2018 zu folgendem Schluss: «Diskopathie in drei kaudalen LWS-Segmenten. Grosse, rechts mediolaterale nach kaudal luxierende Bandscheibenhernie LWK 3/4 mit Kompression der rechten rezessalen und foraminalen L4-Wurzel.» Als Nebenfunde gab sie an: «Auch in allen übrigen Segmenten keine weitere Affektion der neuralen Strukturen. Regelrechte Muskeltrophik. Keine weiteren relevanten Nebenfunde.» (Suva-Nr. 12).

7.3 Im Rahmen von Beurteilung und Procedere hielt Dr. med. G. \_\_\_ am 9. November 2018 fest, aufgrund der relativ diffusen Schmerzausstrahlung, aktuell ohne relevante neurologische Defizite, empfehle er vorerst eine interventionelle Schmerztherapie, vor allem zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; dies, um allenfalls auch festzustellen, ob überhaupt ein operativer Eingriff nach dieser Zeit die Schmerzen behandeln würde. Der Patient gebe insgesamt paravertebrale Schmerzen auch bis zum Nacken und zwischen die Schulterblätter ausstrahlend an, was auf keinen Fall durch die Operation beeinflusst würde (Suva-Nr. 69).

7.4 Am 13. November 2018 untersuchte Dr. med. I. \_\_\_ den Beschwerdeführer. Er stellte in seinem Bericht vom 13. November 2018 folgende Diagnosen:

Als Vorbefund hielt Dr. med. I. \_\_\_ «MRT der LWS vom 27.07.2018» und bei «Bewertung und Procedere» Folgendes fest: Der Patient habe einen subchronischen, invalidisierenden

Rückenschmerz mit pseudoradikulär imponierender Ausstrahlung in beide Beine, vor allem links, angegeben. Der radiologische Befund zeige eine Diskushernie L3/4 mit Kompression der Wurzel L4 rechts. Daneben seien auch Reizergüsse in den Facettengelenken zu beobachten. Er habe sich bei ihm, Dr. med. I.\_\_\_\_, vorwiegend zur interventionellen Diagnostik vorgestellt. Der Rückenschmerz sei deutlich ausgedehnter, als dies von den radiologischen Befunden her zu erwarten gewesen wäre. Der Patient biete ausserdem deutlich erkennbare Yellow Flags mit schon mehrmonatig bestehender Arbeitsunfähigkeit und eine gewisse Ängstlichkeit, insbesondere vor invasiveren Massnahmen. Er, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe mit dem Patienten heute besprochen, diagnostische Blockaden durchzuführen, um die somatischen Komponenten des Schmerzbilds besser aufklären zu können. Beginnen würden sie mit einer beidseitigen, diagnostisch-therapeutischen Facettengelenksblockade L3-S1. Sollte diese Massnahme zu keiner relevanten Schmerzlinderung führen, käme als nächster Schritt möglicherweise eine Infiltration der Wurzel L4 rechts in Frage, gegebenenfalls auch eine epidurale Infiltration. Bei ansonsten unauffällig erscheinendem, neurologischem Status habe der Patient eine Sensibilitätsminderung am linken Bein angegeben. Er, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe ihm deswegen vorgeschlagen, ihn auch fachneurologisch beurteilen zu lassen, und zwar durch Dr. med. K.\_\_\_\_. Im weiteren Verlauf sollte aus seiner Sicht ■ so Dr. med. I.\_\_\_\_ ■ leitliniengerecht unbedingt auch eine psychologische Evaluation, gegebenenfalls auch die Anbindung an ein multimodal orientiertes Schmerzzentrum, erwogen werden (Suva-Nr. 59).

7.5 In seiner Beurteilung vom 16. November 2018 über die gleichentags erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ fest, dass er in der klinischen Untersuchung keine Zeichen radikulärer Ausfälle gefunden habe (Suva-Nr. 54).

7.6 Am 28. November 2018 führte der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ ■ auf Fragen der Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 56, S. 1) ■ aus, dass dem Versicherten ■ gemäss dessen Angaben ■ am 25. Juni 2018 bei der Arbeit (B.\_\_\_\_, [...]) die Ladung eines mit Kartons beladenen Palettenrollis gegen die linke untere Rückenpartie geprallt sei. Die Arbeit habe noch zu Ende geführt werden können. Eine Konsultation beim Hausarzt (prakt. med. F.\_\_\_\_) sei am

## **E. 26**

Juni 2018 erfolgt. Laut Aussage des Neurologen der L.\_\_\_\_L.\_\_\_\_, [...], vom 16. November 2018 habe sich kein Hinweis für auf eine radikuläre Problematik ergeben. Die Frage, ob die Gesundheit der versicherten Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, bejahte der Kreisarzt mit der Begründung, es bestehe eine leichte Facettengelenksdegeneration der LWS und eine mehretagere Diskopathie L3/4 bis L5/S1 mit Diskushernie L3/4. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der Unfall, so Dr. med. M.\_\_\_\_, nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, die objektivierbar wären, geführt. Nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, werde der status quo sine erreicht sein. Diese Frage (Datum status quo) sei nach sechs Monaten wieder zu prüfen. Zu erwägen sei, so schloss Dr. med. M.\_\_\_\_, eine arbeitsorientierte Frührehabilitation (Suva-Nr. 56, S. 2).

7.7 Im Bericht über die interventionelle Schmerztherapie vom 8. Januar 2019 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ u.a. fest, dass der Patient bei der Intervention ein inadäquates Schmerzverhalten gezeigt habe; er möchte diesen beim Zentrum für Schmerzmedizin in [...] anmelden (Suva-Nr. 65).

7.8 Die Ärzte des N.\_\_\_\_ (PPZ), Dres. med. O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_, stellten am 12. April 2019 beim Beschwerdeführer als Diagnose (ICD-10 M54.4) «Kreuzschmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein bei Status nach Verhebetauma am 26. Juni 2018 und grosse, nach kaudal luxierte Diskushernie L3/4 rechts mit Verlagerung der L4 Wurzel». Es bestehe ein lumbo-sakraler Schmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein, entlang des Dermatoms L4. Trotz der Inkongruenz mit den magnetresonanztomographischen Befunden (Wurzelkompression L4 rechts) würden sie, die Ärzte, dem Patienten eine diagnostische Wurzelblockade L4 aufgrund der reproduzierbar auslösbaren dermatomalen Ausstrahlung auf der linken Seite empfehlen. Eine diagnostische und therapeutische Infiltration der Facettengelenke L3-S1 beidseits sei bereits im Dezember 2018 durchgeführt worden; diese habe kein positives Ergebnis gezeigt. Im Weiteren empfahlen die Ärzte des PPZ die Durchführung einer interventionellen Diagnostik der Nervenwurzel L4 links. Bei positiver Blockade öffne sich die Möglichkeit einer funktionellen perkutanen Rhizotomie. Der Patient werde für eine physiotherapeutische Standortbestimmung aufgeboten. Die bisherige Physiotherapie habe der Patient im August 2018 aufgrund einer Schmerzverstärkung abgebrochen. Eine Wiederaufnahme sei unbedingt indiziert. Bei Verdacht auf defizitäre Schmerzbewältigungsstrategien und teilweise inadäquatem Schmerzverhalten böten sie, die Ärzte des PPZ, den Patienten zu einer psychotherapeutischen Standortbestimmung auf. Die Teilnahme an einer Schmerzbewältigungsgruppe werde dort evaluiert (Suva-Nr. 72, S. 1).

7.9 Am 2. Mai 2019 hielten Dr. med. O.\_\_\_\_ und Physiotherapeutin R.\_\_\_\_ fest, dass sich aus schmerzphysiotherapeutischer Sicht beim Patienten ein zentrales Verarbeitungsproblem mit einer starken zentralen Sensibilisierung gezeigt habe. Die Schmerzausweitung der Symptomatik des Patienten und seine inkonsistente Reaktion auf die ausgeführten, strukturellen Testungen seien ein klares Indiz dafür. Eine physiotherapeutische Therapie sei hierbei nur in Kombination mit einer schmerzpsychologischen Therapie zielführend. In der Physiotherapie sollten als Ziel die Belastungssteigerung im Sinne des Pacing Modells sowie eine Aktivitätssteigerung im Sinne der Schmerzedukation berücksichtigt werden. Durch die Aktivierung könne auch der allgemeinen Dekonditionierung des Patienten entgegengewirkt werden. Die Aktivierung sollte vor allem die Kräftigung und Förderung der Ausdauerfunktion im Bereich der Rumpf- sowie der gesamten Beinmuskulatur beinhalten, aber auch einen alltagsspezifischen Trainingsbezug zeigen (Suva-Nr. 77, S. 2 ff.).

7.10 Dres. med. O.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ sowie die Psychologin T.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 7. Mai 2020 beim Beschwerdeführer einen Kreuzschmerz mit Ausstrahlung ins linke Bein (ICD-10 M54.4) ( ), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ( ). Zusammenfassend hielten sie fest, dass das psychologische Gespräch vom 1. Mai 2020 mit dem Beschwerdeführer zur psychologischen Diagnostik und zum Therapieangebot der multikulturellen Schmerzbewältigungsgruppe für chronische Schmerzpatienten mit geringen Deutschkenntnissen stattgefunden habe. Beim Patienten sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (ICD-10 F45.41). Seit dem Unfall im 2018 leide er an einer gedrückten Stimmung, Antriebsschwäche, Freudlosigkeit und schmerzbedingter Sexualfunktionsstörung, was ihn sehr belaste (F33.1). Lebensgeschichtlich liessen sich einige psychosoziale Belastungsfaktoren eruieren: Kriegserlebnisse mit dem Verdacht einer Traumafolgestörung und die Erkrankung seines Sohns. Aktuell wirkten sich die Arbeitsunfähigkeit und die Trennung von seiner Familie negativ aus, sodass der Schmerz

begünstigt werde. Sein Schmerzgang sei noch von einem passiven Coping sowie der Hoffnung auf eine medizinische Lösung geprägt. Mithilfe der Vermittlung von schmerzbewältigenden Strategien, inklusive Entspannungstraining und Aktivitätsaufbau, sollte die Selbstwirksamkeit des Patienten unterstützt und die depressiven Beschwerden behandelt werden (Suva-Nr. 78, S. 3).

7.11 Am 10. Mai 2019 hielt der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ aufgrund der ergänzten medizinischen Aktenlage fest, dass der Status quo sine spätestens nach 12 Monaten bzw. ein Jahr nach dem Unfall als erreicht gelte. Die Ärzte der N.\_\_\_\_ gingen beim Beschwerdeführer von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus (Suva-Nr. 79).

7.12 Med. prakt. F.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 2. Dezember 2019 an den Vertreter des Beschwerdeführers eine «grosse rechts mediolaterale Bandscheibenhernie L3/4 mit Kompression der rechten L4 Wurzel». Die Beschwerden hätten sich weiter verschlimmert. Die Leistungsunfähigkeit als Fahrer wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 %. Alsdann folgte eine kurze Stellungnahme zu den Einschätzungen des Kreisarztes (BB-Nr. 3).

8. Die Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt Folgendes:

8.1

8.1.1 Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, an die Beweiswürdigung seien strenge Anforderungen zu stellen, wenn in einem Versicherungsfall entschieden werde, ohne ein externes Gutachten einzuholen. In diesem Sinne seien die Elaborate des Kreisarztes schon mit Blick auf die bundesgerichtlichen Beweisregeln (mit Hinweis auf BGE 125 V 351, 135 V 465 und Urteil 8C\_73/2011; vgl. A.S. 12) ohnehin kaum beweiskräftig und vermöchten keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs zu bilden (A.S. 13). In diesem Zusammenhang sei weiter auf den Aufsatz «Das medizinische Kausalitätsgutachten ( )» von Dr. med. Stöckli zu verweisen (A.S. 14). Vorliegend sei weder erstellt, dass ein relevanter Vorzustand vorliege, noch, falls hiervon zu Unrecht ausgegangen würde, wieso dieser infolge des Unfalls bloss zu vorübergehenden Beschwerden geführt haben solle; dies werde nicht begründet. Der Beschwerdeführer habe vor dem Ereignis vom 25. Juni 2018 an keinerlei Beschwerden gelitten, beklage jedoch seither ständige Rückenbeschwerden. Im Weiteren habe Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht begründet, weshalb der Abheilungszeitraum ein Jahr betragen solle; damit habe er klarerweise nicht den Einzelfall berücksichtigt. Auch scheine der Kreisarzt zu verkennen, dass objektivierbare somatische Befunde vorlägen. Es bestehe nicht bloss ein psychisches Problem. Die Beurteilung des Kreisarztes beschränke sich auf drei Sätze und zeige nicht auf, welche Akten ihm zur Verfügung gestanden hätten (A.S. 15 ff.). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin auch den Beweis des Dahinfallens jeglicher Kausalität nicht ansatzweise erbracht (A.S. 17).

8.1.2 Dazu entgegnet die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, auf die Ausführungen des Beschwerdeführers unter Hinweis auf das bundesgerichtliche Urteil 8C\_73/2011 sei nicht weiter einzutreten, da es sich dort nicht um einen UVG-, sondern um einen IV-Fall gehandelt habe. Ein externes Gutachten dränge sich umso weniger auf, je qualifizierter die beurteilenden Ärzte seien. Bei Dr. med. M.\_\_\_\_ handle es sich einerseits um einen Facharzt für Chirurgie, der prädestiniert sei, vorliegende Streitfragen zu prüfen. Andererseits sei er ein sehr erfahrener Kreisarzt, was der Beschwerdeführer richtigerweise nicht in Zweifel gezogen habe (A.S. 30). Wenn der Rechtsvertreter im Beschwerdeverfahren despektierlich von «Elaboraten des Kreisarztes» spreche, müsse dies

nicht weiter kommentiert werden; dies sei höchstens ein Zeichen mangelnder fachlicher Kritik. Auf die bloss subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, die somatischen Befunde in der Wirbelsäule seien unfallkausal, könne nicht abgestellt werden. Tatsache sei, dass es sich um einen Vorzustand handle, was der Beschwerdeführer indirekt anerkannt habe. In den Berichten von Dres. med. K.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ liessen sich weder Zeichen radikulärer Ausfälle noch Hinweise auf unfallbedingte Gesundheitsschäden entnehmen (A.S. 31). Weil es sich im vorliegenden Fall nicht um Nackenschmerzen irgendeiner verunfallten Person handle, sei der Hinweis des Beschwerdeführers bezüglich des Aufsatzes von Dr. Stöckli irrelevant. Unerwähnt gelassen habe der Beschwerdeführer das hier einschlägige Bundesgerichtsurteil 8C\_237/2012, worin es um die Bandscheibenproblematik gehe; damit verkenne er die massgebende Rechtsprechung. Ob unfallbedingte somatische Folgen bestünden, beurteile nicht ein Schmerztherapeut, sondern ein Facharzt für Chirurgie, und zwar gestützt auf die Ergebnisse bildgebender Verfahren (A.S. 32).

8.1.3 Der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ hat in seinen beiden Berichten vom 28. November 2018 und 10. Mai 2019 zwar kurz, jedoch klar und ausreichend zum medizinischen Sachverhalt Stellung bezogen. Die Ausführungen des Kreisarztes sind schlüssig und inhaltlich nachvollziehbar. Er ist zum Schluss gekommen, dass der Status quo sine nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch ein Jahr nach dem Unfall erreicht sei (Suva-Nr. 56, 79). Dabei hat sich der Kreisarzt auf die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren bzw. auf die massgebenden Berichte von Dres. med. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ sowie auf den Bericht des Neurologen Dr. med. K.\_\_\_\_ stützen können, worauf (vgl. E. II 7.1 ff. hiervor bzw. Suva-Nr. 12, 18, 54) verwiesen werden kann; insbesondere hat er auch ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 51) ■ den MRI-Befund miteinbezogen, jedoch die darin festgestellte Diskushernie aufgrund der Beurteilung der Radiologin und seiner fachmedizinischen Kenntnisse nicht als unfallkausal qualifiziert. Die Annahme, der Status quo sine sei nach sechs bis neun Monaten, spätestens ein Jahr nach dem Unfall erreicht worden, wird durch die von der Rechtsprechung anerkannte medizinische Erfahrung gestützt (vgl. E. II. 4.7 hiervor); weshalb im vorliegenden Fall von dieser medizinischen Erfahrungstatsache abgewichen werden soll, vermag der Beschwerdeführer weder sachlich noch stichhaltig zu begründen. Die Beschwerdegegnerin hat im Übrigen ihre Leistungen nicht bereits nach sechs bzw. neun Monaten, sondern erst ein Jahr nach dem Unfallereignis eingestellt.

## 8.2

8.2.1 Im Weiteren hat der Beschwerdeführer bemängelt, er sei durch den Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht einmal selbst untersucht worden (A.S. 13); dazu hat sich die Beschwerdegegnerin nicht vernehmen lassen.

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 hat der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ über sämtliche massgebenden Arztberichte verfügt, wozu insbesondere jene von Dres. med. D.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ gehören (vgl. E. II 8.1.3 hiervor). Damit ist er in der Lage gewesen, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und neue medizinischen Abklärungen eine Beurteilung des feststehenden medizinischen Sachverhalts vorzunehmen. Es gibt nichts daran auszusetzen, dass der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat. So befinden sich in den Akten namentlich ausführliche, auf klinischen und bildgebenden Untersuchungen beruhende Berichte, die die Situation zwar nicht unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 25. Juni 2018, sondern erstmals rund zwei Wochen danach aufzeigen (Suva-Nr. 12, 18 ff.); offensichtlich hat sich der Hausarzt des Beschwerdeführers vorher nicht veranlasst gesehen, bildgebende Untersuchungen in die Wege zu leiten. Was die Situation der LWS und des ISG anbelangt, hat der Kreisarzt auf den Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ abstellen können, der aufgrund der Röntgenaufnahmen von einer leichten Facettendegeneration L4/5 und L5/S1, mithin nicht unfallbedingten Veränderungen spricht (Suva-Nr. 18). Namentlich haben Dr. med. M.\_\_\_\_ der Bericht des Röntgens der LWS vom 10. Juli 2018 sowie jener der MRT der LWS und des ISG vom 27. Juli 2018 vorgelegen; darauf kann ■ wie bereits erwähnt ■ verwiesen werden (vgl. E. II 7.1 ff. hiervor). Die Aussage des Beschwerdeführers, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein (Suva-Nr. 34, S. 1; A.S. 14), 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 stattgefunden hat, vermag folglich den Beweiswert der Stellungnahmen der beiden Kreisärzte nicht zu schmälern.

### 8.3

8.3.1 Ferner hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, für die Prüfung der vorliegenden Streitfragen bedürfe es anstelle eines Facharzttitels für Chirurgie eines solchen für orthopädische Chirurgie (A.S. 48).

8.3.2 Der Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ ist als Facharzt für Chirurgie sehr wohl fähig, den vorliegenden medizinischen Sachverhalt kompetent zu beurteilen.

### 8.4

8.4.1 Ferner hat der Beschwerdeführer moniert, dass die Antworten des Kreisarztes stichwortartig, rudimentär und ohne jegliche Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Akten ausgefallen seien. Es werde dabei auf die Beurteilung des Neurochirurgen Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 hingewiesen, wonach die grosse, nach kaudal luxierte Diskushernie durch den Unfall vom Juli 2018 verursacht worden sei. Hingewiesen werde ferner auf den Bericht von med. prakt. F.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2019, worin der Kausalzusammenhang zwischen Diskushernie und Unfall bejaht werde (A.S. 47). Dazu hat die Beschwerdegegnerin festgehalten, dass die durch den Beschwerdeführer eingeholte Bestätigung von med. prakt. F.\_\_\_\_ an der fachärztlichen Beurteilung der Kausalität nichts zu ändern vermöge (A.S. 57).

8.4.2 Den Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 kann schon deshalb nur eingeschränkte Beweiskraft beigemessen werden, weil sich seine Beurteilung vorwiegend auf die Empfehlung beschränkt, vorerst eine interventionelle Schmerztherapie durchzuführen. Die Befunderhebung beschränkt sich auf eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers. Die diagnostizierte Diskushernie beurteilt Dr. med. G.\_\_\_\_ als «anamnestisch traumatisch nach einem Verhebetauma bei der Arbeit im Juli 2018» (vgl. Suva-Nr. 69, S. 1). Dazu ist Folgendes festzuhalten: 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 ■ wie bereits angeführt ■ 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). Das Unfallereignis vom 25. Juni 2018 kann ■ entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers ■ 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, wenn er auch geltend macht, sofort einen einschliessenden Schmerz verspürt und die Arbeit unter Schmerzen beendet zu haben. Immerhin sei er noch bis zum nächsten Kunden gefahren, wo er allerdings wegen der Schmerzen nicht mehr habe aussteigen können (Suva-Nr. 33, S. 1). Diese Aussage lässt Zweifel aufkommen, wäre doch in diesem Fall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein ärztlicher Notfalleinsatz mit Spitaleinweisung nötig gewesen; dazu lässt sich den Akten jedoch nichts entnehmen. Eine unfallbedingte Diskushernie ■ und damit notwendigerweise ein vertebrales oder radikuläres Syndrom ■ wäre bei einer am Unfalltag durchgeführten Untersuchung nicht unbemerkt geblieben, was insbesondere auch für das Röntgen der LWS vom 10. Juli 2018 durch Dr. med. C.\_\_\_\_ gilt. Letzterer hat bekanntlich einzig eine leichte Facettendegeneration L4/5 und L5/S1, insbesondere keine Fraktur und zudem ein unauffälliges ISG festgestellt (Suva-Nr. 18). Dazu kommt, dass auch im Falle einer Aktivierung eine richtunggebende Verschlimmerung aufgrund der medizinischen Akten ■ wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend festgestellt hat ■ zu verneinen ist, insbesondere nachdem eine solche bildgebend auch nicht ausgewiesen ist.

8.4.3 Der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ ■ worin im Übrigen von einem Verhebeträume die Rede ist (Suva-Nr. 69), was sich im vorliegenden Fall, wo es um das Anschlagen der linken Körperseite geht, nicht nachvollziehen lässt ■ ist damit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. M.\_\_\_\_ hervorzurufen. Gleich verhält es sich im Übrigen mit den Berichten und Einschätzungen des Hausarztes med. prakt. F.\_\_\_\_. 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 für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich jener des N.\_\_\_\_ (auch diese haben ein Verhebeträume erwähnt [Suva-Nr. 72]) sowie der J.\_\_\_\_ ■ 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).

8.4.4 Folglich erübrigen sich ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ 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 auf umfassenden Abklärungen beruhen, die insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis führen und keine auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ bestehen, geht dieser Vorwurf des Beschwerdeführers fehl. Auch die durch den Beschwerdeführer geltend gemachte Tatsache, er sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen (Suva-Nr. 34, S. 1; A.S. 15), ist unbehelflich, wenn auch keine medizinischen Unterlagen über dessen Vorzustand vorliegen; namentlich lässt sich ■ wie im angefochtenen Entscheid festgehalten ■ daraus nicht ableiten, dass die nach Fallabschluss per 25. Juni 2019 geklagten Rückenbeschwerden überwiegend wahrscheinlich noch unfallkausal sind. So ist aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die durch den Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden bereits nach sechs bis neun Monaten, spätestens jedoch nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfallereignis nicht mehr auf den versicherten Unfall zurückzuführen gewesen sind. Weitere Abklärungen bezüglich des Vorzustands sind somit nicht notwendig.

9.

9.1 In seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2019 hat Dr. med. M.\_\_\_\_ angeführt, die Ärzte des N.\_\_\_\_ (PPZ) gingen von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus. Der Beschwerdeführer hat dazu einzig ausgeführt, es liege nicht bloss ein psychisches Problem vor, sondern es bestünden ■ mit Hinweis auf den Bericht des PPZ vom 2. Mai 2019 ■ auch objektivierbare somatische Befunde (A.S. 16). Ohne näher auf den Beweiswert des Berichts der Ärzte des PPZ vom 7. Mai 2018 einzugehen ■ worin eine rezidivierende depressive

Störung ( ) sowie eine chronisches Schmerzstörung ( ) diagnostiziert werden (Suva-Nr. 78, S. 1) ■, 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 offengelassen 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 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 Der Ablauf des Unfallereignisses vom 25. Juni 2018 lässt sich ■ gestützt auf die Ausführungen in E. II. 6 hiervor ■ folgendermassen zusammenfassen: Der Beschwerdeführer war im Begriff, rückwärtslaufend mit einem Palettenrolli eine Ladung (zirka 400 kg schwer) zu verschieben, als diese auf leicht abschüssigem Boden Fahrt aufgenommen habe. Trotz Entgegenstemmen seines linken Oberschenkels habe er die Fuhre nicht mehr abbremsen können mit der Folge, dass diese nicht ■ wie durch den Beschwerdeführer dargestellt ■ gegen seinen Rücken prallte, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit seiner linken Körperseite kollidierte.

9.4.3 Der Unfall des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2018 ist ■ gestützt auf die Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 ■ beispielsweise mit folgenden Ereignissen zu vergleichen, die als leicht qualifiziert worden sind:

Das vorliegend zu beurteilende Ereignis ist den leichten Unfällen zuzuordnen; dies umso mehr, als der Beschwerdeführer danach in der Lage war, die Arbeit ■ wenn auch seinen Angaben zufolge nur für kurze Zeit ■ fortzusetzen und er erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte (vgl. Suva-Nr. 11).

9.5 Nach der Rechtsprechung ist eine Adäquanzbeurteilung ausnahmsweise auch bei leichten Unfällen mit psychischen Unfallfolgen oder Schleudertrauma der HWS vorzunehmen, wenn die unmittelbaren Folgen das Beschwerdebild im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen. Dabei sind die Kriterien heranzuziehen, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten (vgl. BGE 129 V 402 E. 4.4.2 S. 408; in SVR 2004 UV Nr. 12 S. 44 nicht publ. E. 4.2.2 des Urteils U 173/02 vom 15. Januar 2004; RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 E. 3b). Diese Gerichtspraxis ist aufgrund ihres Ausnahmecharakters zurückhaltend anzuwenden; dies ist schon deshalb angezeigt, weil es sich bei den in Betracht fallenden unmittelbaren Unfallfolgen um Umstände handelt, z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit, welche (auch) bei der Prüfung der massgebenden Kriterien von Bedeutung sind (Urteil U 106/04 vom 5. November 2004 E. 4.2.1; z.G. Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 5.1).

9.6 Werden die Kriterien für Unfälle im mittleren Bereich herangezogen, ergibt sich im vorliegenden Fall Folgendes:

9.6.1 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 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).

9.6.2 Der Beschwerdeführer hatte am 25. Juni 2018 ■ wie hiervor ausgeführt ■ eine Kollision mit einem beladenen Palettenrolli. Ein solches Ereignis kann zwar für den Betroffenen eindrücklich sein; es kann aber, so wie es sich vorliegend zugetragen hat, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne dieses Kriteriums bezeichnet werden. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist daher zu verneinen (vgl. E. II. 9.4.1 bzw. die dort angeführten Urteile des Bundesgerichts).

9.6.3 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 allenfalls eine Kontusion (gerötete Aufschlagstelle, vermutlich keine Schwellung; Suva-Nr. 33, S. 1). Eine solche Verletzung ist nicht geeignet, eine psychische Fehlentwicklung zu begünstigen. Die noch geltend gemachten, bestehenden Rückenbeschwerden sind ■ wie vorstehend ausgeführt ■ degenerativer Natur und daher hier nicht von entscheidender Bedeutung.

9.6.4 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 Gesundheitszustands 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 vom 25. Juni 2018 konservativ behandelt worden. Eine allfällige Kontusion dürfte längst ausgeheilt sein. Eine Operation ist nicht erfolgt. Die noch andauernde ärztliche Behandlung ist auf die degenerativen Rückenbeschwerden zurückzuführen. Nach Einschätzung des Kreisarztes ist ■ wie bereits angeführt ■ der status quo sine bezüglich der Rückenbeschwerden sechs bis neun Monate bzw. spätestens nach einem Jahr nach dem Unfallereignis erreicht gewesen. Von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen

Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden.

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

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

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

9.6.8 Schliesslich ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu prüfen, das ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten ist. So ist der medizinische Endzustand aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung des Kreisarztes erreicht und sind die noch geltend gemachten Rückenschmerzen auf degenerative Veränderungen der LWS zurückzuführen.

9.7 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb der adäquate Zusammenhang zwischen allfälligen über 25. Juni 2019 hinaus bestehenden, nicht aufgrund eines objektivierbaren organischen Substrats erkläraren Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. Juni 2018 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 25. Juni 2018 über den Fallabschluss per 25. Juni 2019 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung ■ wozu auch eine allfällige Integritätsentschädigung gehört ■ auszurichten. Die gegen den Einspracheentscheid vom 9. September 2019 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

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

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

Demnach wird erkannt:

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

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Häfliger

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