Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 28. September 2017 (725 17 124 / 259)**

---

**Unfallversicherung**

**Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert**

| | |
|---|---|
| Besetzung | Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz |
| Parteien | A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach |
| | gegen |
| | **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin |
| Betreff | Leistungen |

A. Der 1989 geborene A.____ ist Baufacharbeiter und war temporär vom 31. Januar 2014 bis 31. März 2016 bei der B.____ tätig. Am 2. Februar 2016 verletzte sich A.____ am Rücken. Gemäss Schadenmeldung vom 3. März 2016 stieg er aus dem Auto und wollte ausladen,

rutschte dabei auf dem nassen Boden aus und fiel auf den Rücken. Sogleich verspürte er "ein starkes Knacken" im Rücken. Am 8. Februar 2016 suchte er seinen Hausarzt auf, welcher eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte und eine Magnetresonanztomographie (MRT) veranlasste. Die MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 15. Februar 2016 ergab eine degenerative dehydrative Diskopathie (Erkrankung) des Lendenwirbelkörpers (LWK) 4/5 mit breitbasig dorsomedialer subligamentärer Protrusion/Herniation und mit lateral intraforaminaler Herniationskomponente rechts, die eine Foraminalstenose mit Wurzelaffektion/-kompression L 4 verursachte. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld. Nachdem sie verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen und eine Stellungnahme des Kreisarztes eingeholt hatte, teilte die Suva A.____ mit Verfügung vom 11. August 2016 mit, dass sie ihre Leistungen per 1. September 2016 gestützt auf den Kreisarztbericht vom 8. August 2016 einstelle. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 9. März 2017 nach Rückfrage beim Kreisarzt fest (vgl. Bericht vom 3. März 2017).

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, mit Eingabe vom 25. April 2017 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Suva sei zu verpflichten, die gesetzlichen Versicherungsleistungen über den 1. September 2016 hinaus zu erbringen. Eventualiter sei ein versicherungsexternes Gutachten zur Klärung der Kausalitätsfrage einzuholen. Zunächst sei in verfahrensrechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass die Suva es unterlassen habe, ihm die kreisärztliche Beurteilung vom 3. März 2017 zuzustellen. Sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei somit verletzt worden, was zur Folge habe, dass der Einspracheentscheid bereits aus formellen Gründen aufzuheben sei. Im Weiteren sei die kreisärztliche Stellungnahme auch inhaltlich fehlerhaft, weil sie von einem unzutreffenden Unfallhergang ausgehe. Da er auf das Gesäss und den Rücken gefallen sei, liege entgegen der Auffassung des Kreisarztes ein axiales Stauchungstrauma vor, welches zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes geführt habe. Auf die fehlerhaften Kreisarztberichte könne folglich nicht abgestellt werden.

C. Die Suva beantragte die Abweisung der Beschwerde. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liege nicht vor. Der Unfallversicherer dürfe im Einspracheverfahren auf Aktenbeurteilungen ihrer Vertrauensärzte abstellen, ohne dass diese zuvor der versicherten Person zur Stellungnahme eröffnet worden seien, wenn die Beurteilung zum Gesundheitszustand, zur Unfallkausalität der Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit nicht ungünstiger ausfalle, als die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende. Dies sei vorliegend klar erfüllt. Abgesehen davon wäre eine allfällige Gehörsverletzung im Beschwerdeverfahren geheilt, da der Versicherte spätestens dann zum kreisärztlichen Bericht Stellung habe nehmen können. Aufgrund der verschiedenen Beschreibungen des Unfallhergangs in den Akten lasse sich ein axiales Stauchungstrauma nicht überwiegend wahrscheinlich nachweisen. Aber selbst wenn der Versicherte sich ein solches zugezogen haben sollte, bleibe festzuhalten, dass eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestandenen, degenerativen Veränderungen an der

LWS durch das Ereignis vom 6. Februar 2016 weder durch die klinischen Befunde noch durch radiologisch objektivierbare Veränderungen nachgewiesen sei. Nach der medizinischen Erfahrung seien die unfallbedingten Einwirkungen spätestens sechs Monate nach dem Unfallereignis als ausgeheilt zu betrachten.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Buus, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 25. April 2017 ist einzutreten.

2.1 Der Beschwerdeführer erhebt vorab den verfahrensrechtlichen Einwand, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei dadurch verletzt worden, dass ihm die von der Suva im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholte kreisärztliche Beurteilung vom 3. März 2017 nicht zur Kenntnis gebracht worden sei. Er habe somit keine Möglichkeit gehabt, sich dazu zu äussern. Die Suva wendet dagegen unter Verweis auf einen Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 1998 (RKUV 1998 Nr. U 309, S. 457 ff.) ein, dass die kreisärztliche Beurteilung nur dann dem Beschwerdeführer hätte unterbreitet werden müssen, wenn sie für ihn ungünstiger ausgefallen wäre, als die Beurteilung, welche der angefochtenen Verfügung zugrunde liege. Dies sei hier nicht der Fall.

2.2 Gemäss BGE 132 V 387 ist die Versicherung grundsätzlich verpflichtet, im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholte neue Entscheidgrundlagen von sich aus der versicherten Person vor Erlass des Einspracheentscheids zur Stellungnahme zu überlassen, unabhängig davon, ob die neuen Akten für den Entscheid von Belang sind oder nicht. Wird dieser Aufforderung nicht entsprochen, so liegt – entgegen der Auffassung der Suva – grundsätzlich eine Gehörsverletzung vor. Aufgrund der formellen Natur des rechtlichen Gehörs führt eine Verletzung in der Regel zur Aufhebung des entsprechenden Einspracheentscheids. Vorbehalten bleiben aber praxisgemäss Fälle, in denen die Verletzung des Akteneinsichtsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor

einer Instanz äussern kann, welche sowohl die Tat- als auch die Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft (BGE 115 V 305 E. 2h; RKUV 1992 Nr. U 152 S. 199 E. 2e). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer behördlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 187 E. 3d).

2.3 Im vorliegenden Fall hat die Suva die ergänzende Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, vom 3. März 2017 zur Frage, ob der Unfall zu einer Ruptur des Ligamentum (Bandes) circumflexum geführt habe, dem Beschwerdeführer vor Erlass des Einspracheentscheids nicht zur Kenntnis gebracht. Damit wurde der Gehörsanspruch des Beschwerdeführers zweifelsohne verletzt. Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer nun aber den kreisärztlichen Ergänzungsbericht vom 3. März 2017 erhalten und in seiner Beschwerde auch ausführlich Kritik am Inhalt und am Beweiswert des Berichts geübt. Da das Kantonsgericht sowohl in tatsächlicher wie auch in rechtlicher Hinsicht uneingeschränkte Kognition hat und eine Rückweisung nur zu einem formalistischen Leerlauf führen würde, ist von einer Heilung der Gehörsverletzung durch das kantonsgerichtliche Verfahren auszugehen. Namentlich läge die mit einer Rückweisung verbundene Verzögerung des Verfahrens auch nicht im Interesse des Beschwerdeführers.

3. In materieller Hinsicht strittig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. Er ist der Auffassung, dass die über den 1. September 2016 hinaus andauernden Rückenbeschwerden unfallkausal seien und die Suva deshalb auch für die Zeit nach dem 1. September 2016 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen habe.

4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs.1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

4.2 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2).

4.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen). Allerdings tragen die Parteien in der Regel eine 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 erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 216 E. 6).

4.4 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraus-

setzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. Als Beispiele für die Bejahung einer Unfallkausalität sind etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von schweren Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit zu nennen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialversicherungsrechtliche Abteilungen] vom 9. Mai 2005, U 480/04, E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 8C:811/2012, E. 6.2). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind zudem fast alle (seltenen) traumatischen Diskushernien mit ossären Läsionen verbunden (Urteil des EVG vom 26. Juli 2000, U 24/00, E. 3c). 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 Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C_571/2015, E. 2.2.3 und vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit Hinweisen; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C_677/2007]).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und

in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Liegen Zweifel vor, wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst.

6. Zur Frage der Unfallkausalität liegen die folgenden medizinischen Berichte vor:

6.1 Die Erstbehandlung nach dem Unfall erfolgte beim Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, am 8. Februar 2016, mithin 2 Tage nach dem Unfall. Er diagnostizierte eine intraforaminale Diskushernie L 4/5 rechts nach Sturz und stellte rechtsbetonte lumbale Schmerzen sowie eine diskrete tieflumbale Klopfdolenz fest. Er attestierte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die von Dr. D.____ veranlasste MRT der LWS vom 15. Februar 2016 zeigte eine degenerativ dehydrative Diskopathie LWK 4/5 mit breitbasig dorsomedialer subligamentärer Protrusion/Herniation und mit lateral intraforaminaler Herniationskomponente rechts, die eine Foraminalstenose mit Wurzelaffektion/-kompression L 4 verursache. Nachweise für eine erosive osteochondrotische Komponente fehlten dagegen.

6.2 Die E.____ Gesundheitsorganisation, der Krankenversicherer des Beschwerdeführers, beauftragte Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, mit einer Kurzbeurteilung der gesundheitlichen Situation. Mit Bericht vom 10. März 2016 kam Dr. F.____ zum Schluss, dass eine ausgeprägte Diskushernie auf Höhe L 4/5 rechts vorliege, wahrscheinlich mit Ruptur des Ligamentum circumflexum. Die übrigen dargestellten Wirbelsäulenabschnitte schienen unauffällig. Die Beurteilung in der Wirbelsäulensprechstunde des Spitals G.____ sei indiziert und werde vermutlich eine Änderung in der medikamentösen Therapie sowie eine gezielte Infiltration des Recessus L 4/5 rechts zur Folge haben, gefolgt von einer sachten Physiotherapie. Es sei denkbar, dass eine konservative Therapie Erfolg habe. In seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter sei

der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit, in welcher Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, längeres Sitzen sowie Rumpfbeugungen und Verrichtungen in Zwangshaltungen des Rumpfes vermieden würden, bestehe bis circa Ende März 2016 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Danach sei je nach Therapieerfolg eine leichte Steigerung zu erwarten.

6.3 Am 22. März 2016 erfolgte im Spital G.____ eine radiologische Abklärung der LWS. Dabei wurde eine Mehrsklerosierung beidseits am Illiosakralgelenk (ISG) linksbetont, möglicherweise im Rahmen einer Spondylarthropathie (Gelenkentzündung) festgestellt. Es liege eine 5-gliedrige LWS vor ohne Nachweis einer frischen Fraktur. Weiter sei eine ossäre Irregularität ventral an der Deckplatte des LWK 5 sichtbar, am ehesten vereinbar mit einem Limbus vertebrae. Das Alignement der Wirbelsäule sei aber regelrecht (vgl. Bericht vom 22. März 2016). Der behandelnde Arzt im Spital G.____ für spinale Chirurgie, Dr. med. H.____, wiederholte in seinem Bericht vom 7. Juni 2016 die bereits bekannte Diagnose und führte aus, dass die Beschwerdesymptomatik rückläufig sei. Die Parästhesien sowie die Schmerzsymptomatik seien zurückgegangen, motorisch beständen nach wie vor keine Defizite. Die Fortführung der konservativen Therapie werde empfohlen. Eine Indikation für ein operatives Therapievorgehen sei aktuell nicht gegeben. Es sei jedoch von einem langwierigen Genesungsverlauf auszugehen. Der Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Umschulung in ein neues Berufsfeld mit geringerer körperlicher Belastung sei anzustreben.

6.4 Der Kreisarzt Dr. C.____ nahm am 8. August 2016 eine Aktenbeurteilung vor. Der Versicherte habe gemäss Schadenmeldung vom 3. März 2016 eine Traumatisierung des Gesässes und des Rückens im Sinne einer Kontusion erlitten. Folge davon sei eine Distorsion des Rückens. Die vorbestehenden degenerativen Veränderungen seien daraufhin symptomatisch geworden. Bildgebend sei eine degenerative dehydrative Diskopathie LWK 4/5 ohne ossäre Schäden oder Hämatom nachweisbar. Distorsionen heilten im Regelfall innerhalb weniger Wochen vollumfänglich ab. Spätestens sechs Monate nach dem Trauma sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen vollständig abgeklungen seien. Demnach sei das Unfallereignis nicht mehr überwiegend wahrscheinlich kausal für die heute noch geltend gemachten Beschwerden. Gestützt auf diesen Bericht stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 11. August 2016 per 1. September 2011 ein.

6.5 In seinem abschliessenden Bericht vom gleichen Tag führte Dr. H.____ aus, dass es unter der laufenden konservativen Therapie weiterhin zu einer stufenweisen Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen sei. Die vorbestehende Parästhesie sei deutlich rückläufig, was im Sinne einer Entlastung der Nervenwurzel zu sehen sei. Im Grossen und Ganzen zeige sich ein zufriedenstellender klinischer Verlauf mit langsam progredienter Besserung der Beschwerdesymptomatik (vgl. Bericht vom 11. August 2016).

6.6 Im Rahmen des Einspracheverfahrens führte der Kreisarzt Dr. C.____ schliesslich mit ergänzender Beurteilung vom 3. März 2017 aus, dass die von Dr. F.____ beschriebene wahrscheinliche Ruptur des Ligamentum circumflexum auf der MRT vom 15. Februar 2016 nicht sichtbar sei. Ausserdem sei eine wahrscheinliche Ruptur eine Annahme und keine Diagnose. Im Weiteren sei der Unfallmechanismus Ausrutschen und Sturz auf den Rücken ungeeignet, um die degenerativen Veränderungen der LWS auszulösen oder zu verschlimmern. Vielmehr sei eine degenerative Diskopathie zu sehen. Um eine richtunggebende Verschlechterung einer vorbestehenden Diskushernie zu erreichen, sei ein axiales Stauchungstrauma erforderlich. Gemäss Schadenmeldung sei es aber zu einer direkten Kontusion des Rückens gekommen. Die zeitnah zum Unfall erstellte MRT zeige kein Korrelat einer Verletzung im Sinne eines Hämatoms oder eines Knochenödems respektive eines Weichteilschadens, so dass keine strukturellen Unfallfolgen nachweisbar seien.

7. In Würdigung der medizinischen Berichte ist festzuhalten, dass alle Ärzte von einer degenerativ bedingten, vorbestehenden Diskushernie ausgehen, was bildgebend bestätigt und unbestritten ist. Im Weiteren steht nach den ärztlichen, namentlich den radiologischen Unterlagen fest, dass der Unfall zu keinen strukturellen Schäden geführt hat. Die von Dr. F.____ geäusserte Vermutung einer wahrscheinlichen Ruptur des Ligamentum circumflexum wurde von keinem weiteren Arzt bestätigt und lässt sich auch auf der MRT vom 15. Februar 2016 nicht bildgebend nachweisen. Nicht zutreffend ist der Einwand der Suva, Dr. F.____ habe die MRT-Bilder vom 15. Februar 2016 gar nicht gesehen. Aus dem Bericht von Dr. F.____ geht klar hervor, dass ihm die entsprechenden Bilder vorgelegen haben. Eine Ruptur des Ligamentum circumflexum hat er offensichtlich auf der MRT nicht feststellen können, ansonsten würde er nicht von einer bloss wahrscheinlichen Ruptur sprechen. Die Verdachtsdiagnose wurde von Dr. F.____ auch nicht näher begründet, womit sie insgesamt nicht genügt, auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung des Kreisarztes zu wecken, wonach keine Hinweise für strukturelle Schäden gegeben seien.

8.1 Der Beschwerdeführer wendet weiter gegen den kreisärztlichen Bericht ein, dass Dr. C.____ von einem unzutreffenden Unfallmechanismus ausgehe. Er sei auf das Gesäss und den Rücken gefallen. Es liege deshalb klar ein axiales Stauchungstrauma vor, welches eine richtunggebende Verschlimmerung verursacht habe.

8.2 Über den Ablauf des Unfalles bestehen zwei verschiedene Versionen: "Ausrutschen und Sturz direkt auf den Rücken" (Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 3. März 2016) und "Ausgleiten und Sturz auf Gesäss und Rücken" (Bericht von Dr. F.____ vom 10. März 2016). Welche der Versionen tatsächlich zutrifft, kann letztlich offen bleiben, weil keine der beiden einen genügend schweren Unfall darstellt, der geeignet wäre, eine Diskushernie zu verursachen oder eine vorbestehende Diskushernie richtunggebend zu verschlimmern. Wie bereits erwähnt, muss der Unfall eine gewisse Schwere aufweisen, um eine Diskushernie auszulösen. So braucht es einen Sturz aus einer gewissen Höhe oder das gleichzeitige Tragen eines schweren Gewichts,

damit eine Diskushernie überhaupt ausgelöst werden kann (vgl. E. 4.4). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten auch für eine Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie dieselben Voraussetzungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C_902/2011, E. 2.1 mit weiteren Hinweisen sowie Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 24. Februar 2017, E. 1.4). Im vorliegenden Fall liegt im schlimmsten Fall ein Ausrutschen und Stürzen aus dem Stand auf das Gesäss und den Rücken vor. Selbst wenn beim Sturz eine axiale Belastung hervorgerufen wurde, so genügt ein einfacher Sturz aus dem Stand noch nicht für die Provokation eines Bandscheibenschadens oder für die richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Diskushernie. Auch muss eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C_285/2016, E. 6.4.3), was hier nicht der Fall ist. Es ist daher davon auszugehen, dass es lediglich zur Aktivierung eines degenerativen Vorzustandes gekommen ist. Das in Zusammenhang damit stehende Schmerzsyndrom gilt erfahrungsgemäss nach drei bis vier Monaten (vgl. E. 4.4) bzw. nach kreisärztlicher Beurteilung (vgl. E. 6.4) spätestens nach 6 Monaten als ausgeheilt und nicht mehr als unfallkausal. Die Suva hat ab 8. Februar 2016 bis zum 1. September 2016 und damit während fast 7 Monaten Leistungen erbracht. Die Leistungseinstellung per 1. September 2016 ist demnach zurecht erfolgt.

9. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Gesundheit

Präsidentin Gerichtsschreiberin

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs