



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2019 (725 19 102 / 151)

Unfallversicherung

Einstellung der Taggelder und Heilbehandlungskosten an eine 78-jährige versicherte Person; Übernahme von Operationskosten trotz vorbestehender Spinalkanal- und Neuroforaminalstenose

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Martin Lutz, Advokat, Falknerstrasse 3, Postfach 175, 4001 Basel

gegen

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, Generaldirektion, Departement Leistungen / Rechtsdienst, Avenue Perdretemps 23, 1260 Nyon 1, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1931 geborene A.____ ist Senior Geschäftsinhaber der B.____ AG und bei der GENERALI Allgemeine Versicherungen AG (Unfallversicherung) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 15. Februar 2017 rutschte er beim Wandern auf Glatteis

aus und fiel dabei auf seinen Rücken und seinen Hinterkopf. Die Unfallversicherung erbrachte für die Folgen dieses Unfalls die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 8. November 2018 stellte sie die Versicherungsleistungen per 13. Juni 2017 ein. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 25. Februar 2019 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Martin Lutz, am 26. März 2019 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei die Unfallversicherung zu verpflichten, ihm über den 13. Juni 2017 hinaus Leistungen zu erbringen, insbesondere die Kosten für die Operation vom 17. September 2018 zu übernehmen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Vernehmlassung vom 3. Mai 2019 beantragte die Unfallversicherung die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 X.____, 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 vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist folglich einzutreten.

2.1 Nach 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). 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.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis).

2.3 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 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 nachgewiesen sein (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen). 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).

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

2.5 Bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungs-externe medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

3.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die Unfallversicherung über den 13. Juni 2017 leistungspflichtig ist, namentlich, ob sie für die im Zusammenhang mit der Operation vom 17. September 2018 angefallenen Kosten aufzukommen hat.

3.2 Den Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte rund 2 Wochen nach dem Unfallereignis am 3. März 2017 die Praxisklinik L.____ notfallmässig aufsuchte. Sein Sohn und behandelnder Arzt, Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in seinem Verlaufsbericht vom 3. März 2017 als Diagnose eine Sacrum-Kontusion links mit ischialgieformen Beschwerden fest. Aufgrund zunehmender ausstrahlender Beschwerden lumbal nach distal/dorsal wurde am 15. März 2017 eine MRT durchgeführt. Diese zeigte degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) L4/5 mit hochgradiger Spinalkanal- und Neuroforaminalstenose links betont. Hinweise auf Frakturen oder diskoligamentäre Verletzungen lägen keine vor. Möglicherweise bestehe ein kleines Kontusionsödem an der Vorderkante L5. Dr. C.____ kam aufgrund des MRT-Befundes in seinem Verlaufseintrag im Patientendossier vom 15. März 2017 zum Schluss, dass die Spinalkanaleinschränkung und die Diskusprotrusion L4/5 mit Neuroirrita-

tion erstmals durch den axialen Stauchungssturz klinisch relevant geworden seien. Aufgrund anhaltender Rückenbeschwerden wurde am 12. Juni 2017 eine Periduralinfiltration auf Höhe L4/5 durchgeführt (vgl. Verlaufseintrag vom 12. Juni 2017). Rund 5 Monate später am 2. November 2017 berichtete Dr. C._____ über eine erneute Schmerzzunahme im Bereich der Wirbelsäule. Er verordnete erstmals physiotherapeutische Massnahmen. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 16. November 2017 hielt er fest, dass der Versicherte vor dem Unfall keine muskuloskelettäre Beschwerden gehabt habe. In den Berichten vom 11. und 16. April 2018 stellte sich Dr. C._____ auf den Standpunkt, dass die Deckplattenimpression die Ursache für die Spinalkanalstenose gewesen sei. Bildgebend hätten zwar degenerative Veränderungen der unteren LWS bestanden. Es beständen aber auch deutliche Anhaltspunkte für das Vorliegen eines traumatischen Kontusionsödems an der Vorderkante L5. Ein solches Ödem sei geeignet, eine vorbestehende asymptomatische Spinalkanalstenose symptomatisch werden zu lassen. Da der Versicherte, welcher zuvor täglich 1 – 2 Stunden Sport betrieben habe, vor dem Unfall nie an Rückenschmerzen gelitten habe, seien die aktuellen Beschwerden sicherlich traumatischer Genese. Er empfehle einen stationären Aufenthalt in einem Rückentherapiezentrum mit intensiver Physio- und Wassertherapie. Gemäss Schreiben von Dr. C._____ vom 22. Mai 2018 führte die stationäre Behandlung vom 17. bis 28. April 2018 im D._____ in Y._____ vorerst zu einer Beschwerdereduktion.

3.3 Aufgrund einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten wurden am 5. Juni 2018 weitere bildgebende Untersuchungen vorgenommen. Die MRT-Bilder zeigten eine im Verlauf leicht zunehmende hochgradige Spinalkanalstenose L4/5 mit Stauchung der Cauda equina, eine beidseitige rezessale Stenose L5/S1 mit Tangierung der Wurzel S1 im Rezessus ohne eindeutige Kompressionszeichen. Gestützt auf diese Befunde wurde am 13. Juni 2018 erneut eine Infiltration durchgeführt (vgl. Verlaufsberichte von Dr. C._____ vom 5. und 13. Juni 2018).

3.4 Den Berichten des Spitals E._____ vom 2. und 18. Oktober 2018 ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 17. und 26. September 2018 operiert wurde. Die erste Operation (mikrochirurgische Dekompression) sei aufgrund der symptomatischen Spinalkanalstenose L4/5 indiziert gewesen. Sie sei im Spital F._____ durchgeführt worden. Postoperativ sei es zu einem Harnverhalt mit Dauerkatheter-Einlage gekommen. Der Dauerkatheter-Auslassversuch sei gescheitert. Aus diesem Grund sei im Spital E._____ am 26. August 2018 ein transurethraler Eingriff vorgenommen worden. Dabei habe sich eine Vernarbung des Blasenhalsses gezeigt. Die urologische Intervention sei Folge der Spinalkanalstenosenoperation. Die Spinalkanalstenose sei wiederum auf den Sturz im Jahr 2017 zurückzuführen.

3.5 Am 15. Oktober 2018 gab der Vertrauensarzt der Unfallversicherung, Dr. med. G._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, an, dass die geklagten Beschwerden nunmehr unfallfremd seien (vgl. zu seinen vorherigen Einschätzungen: Berichte vom 27. November 2017 und 16. April 2018). Der Status quo sine sei spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis erreicht worden. Zur gleichen Ansicht kam auch die Vertrauensärztin, Dr. med. H._____, Fachärztin Orthopädie, in ihren Stellungnahmen vom 31. Oktober 2018 und 5. November 2018. Zur Begründung legte sie dar, dass es beim Unfallereignis zu Muskelverspannungen im Bereich der LWS und einer konsekutiven Lumboischialgie links gekommen sei. Knöcherne oder Weichteilstrukturen seien dabei nicht

verletzt worden. Die vorbestehende degenerative Spinalkanal- und die Neuroforaminalstenose führten in Kombination mit dem Unfall zu einer linksseitigen Lumboischialgie, die durch konservative Massnahmen hätten "beherrscht" werden können. Mit der Infiltration vom 12. Juni 2017 habe sich das unfallbedingte Beschwerdebild deutlich stabilisiert. Es sei deshalb davon auszugehen, dass ab 13. Juni 2017 ein Status quo ante vel sine vorliege. Die mikrochirurgische Dekompression des Spinalkanales vom 17. September 2018 sei Folge der krankheitsbedingten Spinalkanalstenose und damit unfallfremd.

3.6 Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, bestätigte am 21. Dezember 2018, dass er den Versicherten seit Januar 2005 behandle und dieser ihn vor dem Sturz nie wegen Rückenbeschwerden konsultiert habe.

3.7 Prof. Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner E-Mail vom 7. Dezember 2018 aus, dass die Stenose zwar vorbestehend sei, der Versicherte aber deswegen vor dem Unfallereignis keine Symptome gehabt habe. Durch den Sturz sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen.

3.8 Am 14. März 2019 nahm Dr. med. K.____, FMH Chirurgie, im Auftrag der Rechtsschutzversicherung des Versicherten Stellung zur Beurteilung von Dr. H.____. Als unfallbedingte Diagnosen führte sie eine Sacrum-Kontusion links mit posttraumatischer Lumboischialgie beidseits, linksbetont und einem möglichen Kontusionsödem Deckplatte L5 auf. Entgegen der Ansicht von Dr. H.____ habe sich das Beschwerdebild nach der Infiltration vom 12. Juni 2017 nur vorübergehend stabilisiert. Die nach dem Sturz beidseitig aufgetretenen ischialgieformen Beschwerden seien nie nachhaltig regredient gewesen. So sei am 2. November 2017 eine Verschlimmerung der Schmerzen dokumentiert worden. Es treffe – entgegen der Ansicht von Dr. H.____ - auch nicht zu, dass es sich lediglich um eine Lumboischialgie links handle, beschreibe doch Dr. C.____ bereits am 9. März 2017 eine Lumboischialgie beidseitig ausstrahlend. Aufgrund der medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass der Sturz vom 15. Februar 2017 einen Vorzustand aktiviert habe, welcher aufgrund der Symptomatik am 17. September 2017 zu einem operativen Eingriff geführt habe. Ohne den Sturz hätte der Versicherte nicht operiert werden müssen. Die Operation sei damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens teilweise unfallkausal.

4.1 In Würdigung der ärztlichen Berichte ist festzustellen, dass sich die involvierten Ärzte einig sind, dass der Versicherte anlässlich des Sturzes vom 15. Februar 2017 eine Lumbo-ischialgie, aber keine Frakturen oder diskoligamentäre Verletzungen erlitt. Übereinstimmung besteht auch darin, dass der Versicherte zum Unfallzeitpunkt einen asymptomatischen degenerativen Vorzustand (Spinalkanalstenose L4/5 und Neuroforaminalstenose links) aufwies, welcher nach dem Sturz symptomatisch wurde. Uneinigkeit besteht jedoch in der Frage des Behandlungsabschlusses der Unfallfolgen. Dr. H.____ geht davon aus, dass die Behandlung der Unfallfolgen mit der Durchführung der Infiltration vom 12. Juni 2017 beendet gewesen sei. Sie führte die nachfolgenden medizinischen Massnahmen, so auch die Operation vom 17. September 2018, auf die vorbestehende, krankheitsbedingte Spinalkanal- und Neuroforaminalstenose zurück. In der Folge

verneinte sie einen unfallbedingten Behandlungsbedarf über den 13. Juni 2017 hinaus. Demgegenüber sind Dr. C.____, Prof. J.____ und Dr. K.____ der Ansicht, dass die nachfolgenden medizinischen Massnahmen und damit auch die Operation vom 17. September 2018 auf den Stauungssturz vom 15. Februar 2017 zurückzuführen seien.

4.2 Die Suva stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts in ihrer Verfügung vom 8. November 2018 bzw. ihrem Einspracheentscheid vom 25. Februar 2019 auf die aktenbasierten Einschätzungen, zu welcher ihre Vertrauensärztin, Dr. H.____, am 31. Oktober 2018 und 5. November 2018 gelangte. Wie oben (vgl. E. 2.6 hiervor) ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn der Unfallversicherer einen Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens entscheidet. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel kommen insbesondere mit der vom Versicherten eingereichten Stellungnahme von Dr. K.____ vom 14. März 2019 auf. Auch wenn einem Privatgutachten nicht der gleiche Rang wie einem vom Gericht oder vom Unfallversicherer nach Art. 44 ATSG eingeholtem Gutachten zukommt (BGE 125 V 351) und ihre Einschätzung nicht beweiskräftig genug ist, um darauf abzustellen, ist es geeignet, die Auffassung und Schlussfolgerungen von Dr. H.____ in Frage zu stellen. Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. H.____ erweckt unter anderem die Tatsache, dass sich ihre Beurteilung auf einen teilweise aktenwidrigen Sachverhalt stützt. Wie Dr. K.____ in ihrer Beurteilung vom 14. März 2019 zutreffend feststellte, stabilisierte sich - entgegen den Ausführungen von Dr. H.____ - das Beschwerdebild nach der am 12. Juni 2017 durchgeführten Periduralinfiltration L4/5 nicht in nachhaltiger Weise. So ist dem Verlaufseintrag von Dr. C.____ vom 2. November 2017 zu entnehmen, dass der Versicherte bereits wenige Monate nach der Infiltration erneut über Lumboischialgien geklagt habe (vgl. auch Bericht von Dr. C.____ vom 16. April 2018). Dass die Schmerzzunahme im unteren Bereich der LWS erst rund 5 Monate nach der Periduralinfiltration erfolgte, ist nicht erstaunlich, zeigen doch solche Infiltrationen erfahrungsgemäss eine relativ lange Wirkungszeit (vgl. Webseite der Schulthess Klinik, Sakralblock [Peridurale Infiltration an der Wirbelsäule], online: www.schulthess-klinik.ch/de/neurologie/behandlung/sakralblock-peridurale-infiltration-der-wir-belsaeule?setFont-Size=fontSizePlus, [7.6.2019]). Selbst der Vertrauensarzt, Dr. G.____, stellte damals fest, dass es sich bei der Beschwerdesymptomatik um Unfallfolgen handle. Von einer Unfallkausalität ging er auch 10 Monate später aus, als er den Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem stationären Aufenthalt in Y.____ zu beurteilen hatte (vgl. Stellungnahme vom 16. April 2018). Erst in seinem Bericht vom 15. Oktober 2018 gelangte er – in Widerspruch zu seiner Auffassung in seinem letzten Bericht - zum Schluss, dass der Status quo sine spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis, d.h. bereits im Februar 2018, erreicht gewesen sei. Allerdings unterliess er es, seine Auffassung zu begründen, weshalb seine Beurteilung nicht nachvollzogen werden kann. Ein weiterer Grund, um an der Beweiskraft der Beurteilung von Dr. H.____ zu zweifeln, ist darin zu sehen, dass sie lediglich von einer linksseitigen Lumboischialgie spricht, während Dr. C.____ eine solche an beiden Seiten beschreibt (vgl. Verlaufseinträge vom 9. März 2017, 2. November 2017, vom 5. Juni 2018 und Bericht vom 16. April 2018). Zu Recht wies Dr. K.____ deshalb darauf hin, dass die von Dr. H.____ gestellte Diagnose einer konsekutiven Lumboischialgie nicht treffend sei. Erschwerend kommt dazu, dass sich Dr. H.____ mit der gegenteiligen Meinung von Dr. C.____ und der abweichenden Ansicht

von Dr. G.____ betreffend Vorliegen des Status quo sine vel ante nicht auseinandersetzt. Demzufolge hat die Unfallversicherung zu Unrecht die Leistungen per 13. Juni 2017 eingestellt.

4.3.1 Die Frage, ob die Operation vom 17. September 2018 zumindest teilweise auf den Sturz vom 15. Februar 2017 (so Dr. C.____, Prof. J.____ und Dr. K.____) bzw. auf den krankheitsbedingten Vorzustand zurückzuführen ist (so Dr. H.____), kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht abschliessend beantwortet werden. Die jeweiligen ärztlichen Begründungen sind zu knapp und deshalb nicht schlüssig genug, um ihnen eine rechtsgenügende Beweiskraft zumessen zu können. Es wird Sache der Versicherung sein, hierzu weitere Abklärungen zu treffen und anschliessend über ihre Leistungspflicht zu befinden.

4.3.2 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände gehören, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung ("conditio sine qua non") darstellte. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1.1 mit Hinweis auf SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011, E. 4.2.1; ANDREAS TRAUB, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479). Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene (Urteile des Bundesgerichts vom 28. August 2018, 8C_421/2018, E. 5.1.2 und vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1, je mit weiteren Hinweisen).

4.3.3 Diese Rechtsprechung bedeutet für den vorliegenden Fall Folgendes: Ist die Operation vom 17. September 2018 trotz der vorbestehenden Spinalkanal- und Neuroforiminstenose infolge der am 15. Februar 2017 erlittenen Lumboischialgie früher notwendig geworden, als dies ohne das Unfallereignis der Fall gewesen wäre, so trifft die Unfallversicherung im Zusammenhang mit den Operations- und den Folgekosten eine Leistungspflicht. Es mag zutreffen, dass die Beschwerden weitgehend dem massiven, unfallfremden Vorzustand zuzuschreiben sind und der unfallkausalen Lumboischialgie nur eine untergeordnete Bedeutung zukommt. Dies genügt aber um eine Leistungspflicht der Unfallversicherung zu begründen. Solange die Lumboischialgie Teilursache der Operation vom 17. September 2018 bildet, hat sie Versicherungsleistungen zu erbringen, bis mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass die unfallbedingten Verletzungen nicht mehr teilursächlich für die bestehenden Beschwerden sind, wenn also der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf den Vorzustand beruht. Dies gilt auch für alle Folgekosten des operativen Eingriffs vom 17. September 2018.

4.4 Aufgrund der medizinischen Aktenlage kann nicht darauf geschlossen werden, dass der Sturz vom 15. Februar 2017 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 13. Juni 2017 jede – auch nur teilweise – kausale Bedeutung verloren hat. Die Unfallversicherung vermag den ihr obliegenden Beweis für eine Leistungseinstellung auf diesen Zeitpunkt hin nicht zu erbringen (vgl. Erwägung 2). Sie ist deshalb zu verpflichten, über den 13. Juni 2017 hinaus bis zum Behandlungsabschluss der verbleibenden Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen weiterhin so lange zu erbringen, bis sie aufgrund von ergänzenden Abklärungen des medizinischen Sachverhalts in der Lage ist, den Eintritt des Status quo sine und damit den Wegfall jeglicher unfallkausaler Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darzutun. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis gutzuheissen.

5. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens hat der Versicherte Anspruch auf eine Parteientschädigung. Sein Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 24. Mai 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 17,11 Stunden geltend gemacht. Hiervon ist der für das vorinstanzliche Einspracheverfahren ausgewiesene Aufwand von 9,18 Stunden abzuziehen. Zudem befinden sich in der Honorarnote mehrere Bemühungen, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung des Versicherten zurückzuführen sind. Solche Bemühungen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Sie werden deshalb im Umfang von 0,93 Stunden vom ausgewiesenen Aufwand in Abzug gebracht. Der verbleibende Aufwand von 7 Stunden erweist sich angesichts der sich stellenden Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Zu kürzen sind desgleichen die ausgewiesenen Auslagen im Zusammenhang mit dem Einspracheverfahren in Höhe von Fr. 33.10. Die übrigen Auslagen in der Höhe von Fr. 251.10 sind nicht zu beanstanden. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'155.20 (7 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 251.10 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 25. Februar 2019 aufgehoben und die GENERALI Allgemeine Versicherungen AG verpflichtet, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen über den 13. Juni 2017 hinaus weiterhin zu erbringen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die GENERALI Versicherungen AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'155.20 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) auszurichten.