Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 5. Juni 2014 (725 14 19 / 133)

Unfallversicherung

Leistungseinstellung, da aktuell bestehende Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur sind / Ablehnung des Gesuchs um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wegen Aussichtslosigkeit der Beschwerde

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Denis G. Giovannelli, Rechtsanwalt und Notar, Baarerstrasse 34, Postfach, 6300 Zug gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1957 geborene A.____ war als Gipser bei der B.____ AG angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 14. November 2012 liess A.____ der SUVA durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden. Laut deren Schilderung in der "Schadenmeldung UVG" vom genannten Tag sei der Versicherte am 12. November 2012 auf einer

Baustelle „ausgerutscht und beim Versuch, sich zu halten, rückwärts gegen das Gerüst gestossen." Anlässlich der ärztlichen Erstbehandlung vom 13. November 2012 diagnostizierte Dr. med. C.____ Kontusionen in den Bereichen der Halswirbelsäule, des rechten Knies und des rechten Ellbogens (vgl. das "Certificat médical LAA" des genannten Arztes vom 3. Dezember 2012). Nachdem die SUVA dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls erbracht hatte, schloss sie mit Verfügung vom 13. Juni 2013 den Fall per 14. Juli 2013 ab und stellte die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt ein. Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen auf die Beurteilung ihres ärztlichen Dienstes, wonach die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Daran hielt die SUVA auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 29. November 2013 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Denis G. Giovannelli, am 20. Januar 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Taggeldern ab dem 14. Juli 2013 zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf eine Oberexpertise neu zu verfügen. Schliesslich sei ihm für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit unentgeltlicher Rechtsverbeiständung durch seinen Rechtsvertreter zu gewähren; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 7. März 2014 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde.

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. Befindet sich dieser im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in welchem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in welchem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat. Vorliegend hat der Beschwerdeführer Wohnsitz in Frankreich. Der Sitz seines (letzten) schweizerischen Arbeitgebers befindet sich jedoch in D.____, sodass 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 Beschwer-

de zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 20. Januar 2014 ist demnach einzutreten.

2.1 Der Beschwerdeführer beanstandet vorab, die SUVA habe im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. November 2013 ihre Begründungspflicht - als Teilaspekt des rechtlichen Gehörs - in unheilbarer Weise verletzt. So sei die Beschwerdegegnerin „in keinster Weise“ auf die Ausführungen in der Einsprache eingegangen und sie habe sich überhaupt nicht mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Bei diesem Einwand des Beschwerdeführers handelt es sich um eine Rüge formeller Natur. Sollte sich diese als zutreffend erweisen, kann dies zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides führen, ohne dass die Angelegenheit materiell beurteilt würde. Der betreffende Einwand ist darum vorab zu prüfen (vgl. Urteil W. des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3).

2.2.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift (BGE 132 V 370 E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Als persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht verlangt das rechtliche Gehör, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid Betroffenen auch tatsächlich hört, ernsthaft prüft und in ihrer Entscheidfindung angemessen berücksichtigt (BGE 136 I 188 E. 2.2.1 mit Hinweis).

2.2.2 In Konkretisierung dieses verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs statuiert Art. 52 Abs. 2 ATSG die Pflicht der Versicherungsträger, ihre Einspracheentscheide zu begründen. Zur Frage, welche Begründungsdichte der Entscheid aufweisen muss, äussert sich die genannte Bestimmung nicht. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Begründung so abgefasst sein muss, dass der Betroffene den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Dies ist nur möglich, wenn sowohl der Betroffene wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. Zu diesem Zweck müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 181 E. 1 mit Hinweisen; vgl. auch 136 I 188 E. 2.2.1).

2.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid bringt die SUVA klar zum Ausdruck, dass ihres Erachtens im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung beim Versicherten keine Unfallfolgen mehr vorgelegen haben, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. November 2012 zurückgeführt werden können. Die SUVA nennt sodann auch die wesentlichen Grundlagen, auf die sich diese Einschätzung stützt. So verweist sie explizit auf die Beurteilungen zweier mit dem Fall befasster Kreisätzte sowie auf medizinische Erfahrungstatsachen, die im Zusammenhang mit der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien bzw. von Prellungen der Wirbelsäule zu beachten sind. Dem

Einwand des Beschwerdeführers, wonach die SUVA im angefochtenen Entscheid ihre Begründungspflicht verletzt habe, kann deshalb nicht beigepflichtet werden. Ob der Argumentation der SUVA und den daraus gezogenen Schlüssen auch inhaltlich beigepflichtet werden kann, ist eine andere Frage, auf die im Rahmen der nachfolgenden materiellen Beurteilung der Beschwerde einzugehen sein wird.

3. Materiell strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob der Versicherte über den 14. Juli 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 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 Prozent 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 entfiele (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 Rah-

men 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges 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).

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

3.4 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 fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, 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). 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. Da es sich 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. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist,

dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder 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).

5.1 Laut den Angaben des erstbehandelnden Arztes Dr. C.____ im “Certificat médical LAA“ vom 3. Dezember 2012 zog sich der Versicherte beim Unfallereignis vom 12. November 2012 Kontusionen in den Bereichen der Halswirbelsäule, des rechten Knies und des rechten Ellbogens zu. Nachdem die Beschwerden im Bereich des Nackens nicht besserten, veranlasste Dr. C.____ weitere spezialärztliche Abklärungen der HWS des Versicherten. So diagnostizierte der Rheumatologe Dr. med. E.____ gestützt auf eine elektromyographische Abklärung vom 22. Januar 2013 eine chronische Radikulopathie C8-Th1 rechts, mässig verstärkte Beschwerden C7 sowie eine subakute Radikulopathie C5 rechts bei vorbestehenden diskreten chronischen Beschwerden. Gleichzeitig hielt Dr. E.____ in seinem Bericht fest, dass der Versicherte bereits im September 2008 operiert worden sei wegen einer cervicalen Discushernie C5/C6 mit Spondylodese und Implantation eines Cages bei bekannter Radikulopathie C7/C8 seit 2007. Eine am 30. Januar 2013 erfolgte MRI-Abklärung der HWS des Versicherten ergab sodann gemäss Bericht des Dr. med. F.____ vom 31. Januar 2013 eine Discarthrose mit moderater Protrusion auf Höhe C3/C4 bis C7/Th1sowie eine degenerative Foraminaleinengung C3/C4 und C4/C5 beidseits. In der Folge nahm Dr. med. G.____ zweimal Beurteilungen der ihm unterbreiteten MRI-Befunde vor. In einem Bericht vom 3. April 2013 hielt er fest, aufgrund der MRI-Befunde sei nicht ausgeschlossen, dass es wegen des Traumas vom November 2012 zu einer

Schmerzexazerbation im Sinne einer Dekompensation der Foraminaleinengung habe kommen können. Mit Schreiben vom 15. Mai 2013 führte er sodann aus, die bildgebende MRI-Diagnostik dokumentiere eine entzündliche Discarthrose auf Höhe C6/C7, allerdings ohne Nachweis einer Diskushernie.

5.2 Am 11. Juni 2013 führte der Kreisarzt Dr. med. H.____, Chirurgie FMH, auf Vorlage der Akten hin aus, dass der Unfall vom 12. November 2011 zu keinen zusätzlichen strukturellen, bildgebend nachweisbaren Läsionen an der Wirbelsäule geführt habe. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden heute Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spielen. Es lägen degenerative Veränderungen vor. Diese Einschätzung bestätigte Dr. H.____ sodann in einer weiteren, nunmehr gemeinsam mit dem Kreisarzt Dr. med. I.___, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, verfassten Beurteilung vom 8. Juli 2013. Darin wiesen die beiden Fachärzte darauf hin, dass der Versicherte seit annähernd sechs Jahren an HWS-Beschwerden infolge erheblicher degenerativer Veränderungen leide. Im Jahr 2008 sei der Versicherte deswegen auch zu Lasten der Krankenkasse operativ behandelt worden (Spondylodese mit Implantation eines Cages auf dem Niveau C5/C6). Das Unfallereignis vom 12. November 2011 habe nicht zu zusätzlichen, strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der HWS geführt. Somit könne auch davon ausgegangen werden, dass mehr als sechs Monate nach dem Ereignis der Unfall im aktuellen Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spiele, der Status quo sine sei erreicht. Das heutige Beschwerdebild widerspiegle den schicksalshaften Verlauf der schon längst bekannten degenerativen Veränderungen der HWS.

5.3 Die SUVA stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf die kreisärztliche Einschätzung des Dr. H.____ vom 11. Juni 2013 sowie auf die gemeinsame verfasste Beurteilung der beiden Kreisärzte Dres. H.____ und I.____ vom 8. Juli 2013. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Versicherten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (14. Juli 2013) keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 11. November 2012 zurückgeführt werden könnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die von der SUVA übernommenen Ergebnisse, zu denen die beiden Kreisärzte gelangt sind, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Die beiden Berichte erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Zudem verweist die SUVA in ihrer Vernehmlassung vom 7. März 2014 zu Recht auf die unfallmedizinische Erfahrungstatsache, wonach die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr beträgt (Urteil S. des Bundesgerichts vom 19. November 2010, 8C_726/2010, E. 3.4 mit zahlreichen Hinweisen). Berücksichtigt man vorliegend, dass das Unfallereignis am 12. November 2012 erfolgte, so lässt sich die per 14. Juli 2013 und somit nach einer Leistungsdauer von acht Monaten angeordnete Leistungseinstellung auch im Lichte dieser unfallmedizinischen Erfahrungstatsache nicht beanstanden.

5.4 Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, die vorinstanzliche Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes in Frage zu stellen. Der Versicherte beruft sich in seiner Beschwerde im Wesentlichen auf einen Bericht des Dr. med. J.____, Radiologie FMH, vom 20. August 2013. Dieser hatte im Auftrag des Versicherten ein aktuelles MRI der HWS (vom 14. August 2013) sowie eine Beurteilung der ihm unterbreiteten Voraufnahmen, die am 30. Januar 2013, also zweieinhalb Monate *nach* dem Unfall, bzw. am 16. März 2011 und somit rund 20 Monate *vor* dem Unfall erstellt worden waren, vorgenommen. Nach Auffassung des Beschwerdeführers würden das „zahlreiche Bildmaterial“ und die Ausführungen des Dr. J.____ zeigen, „dass ohne das Unfallereignis sicher keine derartige Verschlimmerung der HWS eingetreten wäre und diese folglich unfallkausal“ sei. Dieser Betrachtungsweise kann jedoch nicht beigepflichtet werden. Dr. J.____ hält als Ergebnis aus dem Vergleich des aktuellen MRI vom 14. August 2013 mit demjenigen, welches am 16. März 2011 - und somit vor dem Unfallereignis - erstellt worden ist, nämlich lediglich fest, dass sich als einziger Unterschied zwischen den beiden Untersuchungen eine diskrete Diskusprotrusion HWK 3/4 mediolateral rechts erkennen lasse. Dass Dr. J.____ diesen Befund als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal qualifizieren würde, lässt sich dem Bericht jedoch - entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers - in keiner Weise entnehmen. Vielmehr dürfte es sich bei diesem zusätzlichen Befund um eine weitere degenerative Veränderung der krankheitshalber bereits erheblich beeinträchtigten HWS handeln. Soweit sich der Beschwerdeführer schliesslich auf zur Stützung seines Standpunktes auf das “Certificat médical“ des Dr. G.____ vom 23. Juli 2013 beruft, kann er vorliegend ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der genannte Arzt hält darin zwar fest, dass der Versicherte vor dem Unfall über keine HWS-Beschwerden geklagt habe, und er vertritt die Auffassung, dass diese Beschwerden direkte Folgen des am 12. November 2012 erlittenen Sturzes seien und sehr gut mit einer Verstauchung der HWS im Niveau C6/C7 erklärt werden könnten. Wie die SUVA hierzu in ihrer Vernehmlassung vom 7. März 2014 zutreffend einwendet, blendet Dr. G.____ in dieser Einschätzung aber die vorstehend (vgl. E. 5.3 hiervor) wiedergegebene unfallmedizinische Erfahrungstatsache zur zeitlichen Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, gänzlich aus. Zudem läuft - und auch darin ist der SUVA beizupflichten - die Kausalitätsbeurteilung des Dr. G.____ weitgehend auf die Schlussfolgerung hinaus, dass eine gesundheitliche Schädigung durch den Unfall verursacht gilt, weil sie sich nach dem Unfallereignis manifestiert hat. Die betreffende Argumentation beruht im Ergebnis auf der Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber als unzureichend (vgl. Urteil N. des EVG vom 29. November 2006, U 207/06, E. 2.3).

6. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für den Versicherten per 14. Juli 2013 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 29. November 2013 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

7.3 Zu prüfen bleibt der Antrag des Beschwerdeführers, wonach ihm die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter zu bewilligen sei.

7.3.1 Jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, hat Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint; soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand (Art. 29 Abs. 3 BV). Die unentgeltliche Rechtspflege bezweckt, auch der bedürftigen Partei den Zugang zum Gericht und die Wahrung ihrer Parteirechte zu ermöglichen. Sie soll sicherstellen, dass jedermann unabhängig von seinen finanziellen Verhältnissen nicht aussichtslose Streitsachen zur gerichtlichen Entscheidung bringen und sich überdies im Prozess, sofern es sachlich geboten ist, durch einen Anwalt vertreten lassen kann (BGE 135 I 2 E. 7.1). Für das sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren findet der Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand in Art. 61 lit. f ATSG seine gesetzliche Grundlage (Urteil C. des Bundesgerichts vom 14. Februar 2014, 8C_857/2013, E. 3.1). Laut dieser Bestimmung muss das Recht, sich vor dem kantonalen Versicherungsgericht verbeiständen zu lassen, gewährleistet sein. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt.

7.3.2 Art. 61 lit. f ATSG umschreibt die Voraussetzungen der unentgeltlichen Verbeiständung im kantonalen Beschwerdeverfahren somit dahingehend, dass die Verhältnisse dies “rechtfertigen“ müssen. Dies ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Fall, wenn der Prozess nicht aussichtslos erscheint, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 125 V 202 E. 4a, 372 E. 5b, je mit Hinweisen; Urteil U. des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 7. Juli 2003, U 356/02, E. 3.1; vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 61 Rz. 104).

7.3.3 Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 135 E. 2.3.1, 128 I 235 E. 2.5.3).

7.3.4 Hauptstreitpunkt des vorliegenden Verfahrens hat die Frage gebildet, ob die beim Versicherten im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung vorhandenen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 12. November 2012 zurückgeführt werden können. Während die SUVA dies verneint hat, hat der Beschwerdeführer die Unfallkausalität als gegeben erachtet. Dabei hat er sich zur Begründung seines Standpunktes im Wesentlichen auf den von ihm eingeholten Bericht des Dr. J.____ vom 20. August 2013 berufen. Wie oben aufgezeigt (vgl. E. 5.4 hiervor), geht dieser aber gar nicht auf die Kausalitätsproblematik ein; dem Bericht lässt sich deshalb in keiner Weise entnehmen, dass Dr. J.____ einzelne - oder sämtliche - der von ihm im August 2013 gestützt auf ein aktuelles MRI erhobenen Befunde als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal qualifiziert hat. Trotzdem hat sich der Versicherte in der Folge unter ausdrücklicher Berufung auf diesen Bericht zur Beschwerdeführung entschlossen. Unter diesen Umständen haben seine Gewinnaussichten aber kaum als ernsthaft bezeichnet werden können; es verhält sich vielmehr so, dass diese im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung als beträchtlich geringer als die Verlustgefahren einzuschätzen gewesen sind. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen muss seine Beschwerde vom 20. Januar 2014 deshalb als aussichtslos qualifiziert werden, was wiederum zur Folge hat, dass das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter abgewiesen werden muss.

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.

4. Das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Rechtsanwalt Denis G. Giovanelli als Rechtsvertreter wird abgewiesen.