Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. März 2014 (725 13 356 / 75)

Unfallversicherung

Diskushernie, Unfallkausalität verneint

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Philippe Häner, Advokat, Advokatur & Rechtsberatung TRIAS AG, Salinenstrasse 25, Postfach, 4133 Pratteln 1 gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1967 geborene, in W.____ (F) wohnhafte A.____ war seit 30. Juli 2012 bei der B____AG mit Sitz in X.____ als Maler angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 11. November 2012 stolperte A.____ beim Rückwärtsgehen über einen Eimer und fiel auf die linke Schulter. Der Versicherte gibt an, sofort einen heftigen Schmerz am Nacken verspürt zu haben. Zu Hause hätten die Schmerzen und das Brennen im Nacken zugenommen, weshalb er am 13. November 2012 die Klinik C.____, in Y.____ (F) aufgesucht habe. Die erstbehan-

delnde Ärztin Dr. med. D.____ stellte eine beidseitige Zervikalgie mit Sensibilitätsverminderung der ersten drei Finger fest und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder). Am 25. März 2013 unterzog sich der Beschwerdeführer im Spital E.____ in Z.____ (F) einer Discectomie und einer Microherniectomie. Nach weiteren Abklärungen lehnte die SUVA mit Verfügung vom 23. April 2013 die Übernahme von weiteren Versicherungsleistungen ab und stellte die Taggelder per 31. Mai 2013 ein. Eine Kausalität zwischen dem Gesundheitsschaden und dem Unfallereignis sei nicht nachgewiesen. Zudem verneinte sie ihre Leistungspflicht für die Operation vom 25. März 2013. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 4. November 2013 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Philippe Häner, am 3. Dezember 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 4. November 2014 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm das Taggeld mindestens bis 31. Dezember 2013 auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur nochmaligen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung mit Rechtsanwalt Häner als unentgeltlichen Rechtsvertreter. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, es sei ihm keine Gelegenheit gegeben worden, an der Beweisabnahme mitzuwirken und zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen. Zudem würde der Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhen. Es sei der Beschwerdegegnerin nicht gelungen, hinreichend nachzuweisen, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz vom 12. November 2012 und der zervikalen Verstauchung an den Halswirbeln C5/C6 resp. der damit einhergehenden Diskushernie nach dem operativen Eingriff am 25. März 2013 nicht mehr gegeben sei.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 17. Januar 2014 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde.

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

1.1 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. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist nach Art. 58 Abs. 2 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Sitz hat. Vorliegend befindet sich der Sitz der Arbeitgeberin 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.

1.2 Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, das Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet, und zwar in dem Ausmass, als die Regelung des Rechtsverhältnisses nach den Parteianträgen des Beschwerdeverfahrens noch streitig ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 46). Nach dieser Begriffsumschreibung sind Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird. Bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einen Teil des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses, gehören die nicht beanstandeten Teilaspekte des verfügungsweise festgelegten Rechtsverhältnisses zwar zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand (vgl. BGE 125 V 414 f. E. 1b). Aus dem Gesagten ergibt sich, dass den Parteianträgen entsprechend dem Verfügungsgrundsatz für die Festlegung des Streitgegenstandes vorrangige Bedeutung zukommt. So wie die versicherte Person sich mit einer Verfügung durch Nichtanfechtung abfinden kann, so steht ihr auch die Befugnis zu, nur einzelne der verfügungsweise geregelten Rechtsverhältnisse durch Beschwerde richterlich überprüfen zu lassen (vgl. BGE 118 V 313 f. E. 3b mit Hinweisen; ULRICH MEYER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 25).

1.3 Die Rechtsbegehren in der Beschwerde zielen ausschliesslich auf den Taggeldanspruch. Demgegenüber wurde die Nichtübernahme der Operationskosten beschwerdeweise weder gerügt noch sind aus der Begründung Hinweise ersichtlich, dass der Beschwerdeführer damit nicht einverstanden ist. Damit ist der Einspracheentscheid 4. November 2013, soweit er die Nichtübernahme der Operationskosten durch die Beschwerdegegnerin anbelangt, in Rechtskraft erwachsen und kann deshalb im vorliegenden Verfahren nicht mehr überprüft werden. Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens ist demnach einzig die Frage, ob der Beschwerdeführer über den 31. Mai 2013 hinaus Anspruch auf Taggelder aus der obligatorischen Unfallversicherung hat. Diesbezüglich ist auf die form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten.

2. 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% 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).

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, 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 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 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [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 (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [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).

3.3 Zusätzlich zu diesen allgemeinen Grundsätzen, die im Zusammenhang mit der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin zu beachten sind, gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien der medizinischen Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

4. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie 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. Zur Beurteilung der umstrittenen Frage sind die folgenden medizinischen Berichte zu berücksichtigen:

5.1 Dr. D.____ diagnostizierte am 13. November 2012 eine beidseitige Zervikalgie mit Sensibilitätsverminderungen der ersten drei Finger und attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

5.2 Im Bericht vom 6. Dezember 2012 vermerkte Dr. D.____ zervikale Beschwerden sowie eine Kontraktur der Muskulatur im Bereich des Schlüsselbeins links wie rechts mit Ameisenlaufen der ersten drei Finger der linken Hand.

5.3 Am 14. Dezember 2012 hielt Dr. med. F.____, Klinik C.____, fest, dass der Versicherte eine posttraumatische Zervikalgie sowie eine zervicobrachiale Neuralgie links aufweise.

5.4 Nach dem Bericht des Spitals E.____ vom 25. März 2013 wurden beim Versicherten eine Discectomie und eine Microherniectomie durchgeführt.

5.5 Am 17. April 2013 hielt der Kreisarzt Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Diskushernie C5/C6 links und die am 23. März 2013 durchgeführte Operation überwiegend wahrscheinlich nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. November 2012 stehen würden. Die Erstberichterstattung würde keine neurologischen Ausfälle an der Halswirbelsäule (HWS) nennen. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Unfall die Diskushernie ausgelöst oder verschlimmert habe.

5.6 Am 21. Mai 2013 wiesen die Kreisärzte Dr. G.____ und Dr. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, darauf hin, dass der Unfallmechanismus nicht ausreiche, um eine Diskushernie zu verursachen. Hierzu bräuchte es etwa einen Sturz aus fünf Meter Höhe auf die Beine. Zudem müssten neurologisch typische Symptome innerhalb von 48 bis 72 Stunden auftreten. Diese Kriterien seien vorliegend nicht erfüllt. Die Operation vom 25. März 2013 sei vier Monate nach dem Unfallereignis erfolgt und die Erst-, Echt- und Folgeberichterstattung nenne im Verlauf keinerlei neurologische periphere Auffälligkeiten. Es sei eine vorbestehende Diskushernie operiert worden, welche nicht in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe. Eine Verschlimmerung liege nicht vor.

5.7 Im Bericht vom 24. Mai 2013 hielt der behandelnde Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Neurochirurgie, Z.____ (F), fest, der Versicherte habe ihn vor Jahren wegen degenerativen

Veränderungen in der Lendenwirbelsäule (LWS) aufgesucht. Bis zum 15. Januar 2013 habe er nie über Beschwerden in der HWS berichtet. Die bildgebende Abklärung zeige eine schwere zervikale Distorsion des Segmentes C5/C6 mit assoziierter links lateraler Diskushernie.

5.8 Die Suva beauftragte Dr. med. J.____, FMH Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA, mit einer Beurteilung. In seinem Bericht vom 29. Oktober 2013 bekräftigte er die Beurteilung der Kreisärzte Dres. G.____ und H.____ im Bericht vom 21. Mai 2013, wonach der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen sei, eine zervikale Diskushernie zu verursachen. Auch eine Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes sei zu verneinen. Eine solche wäre zu bejahen, wenn der Vorzustand durch den Unfall in objektivierbarer Weise zusätzlich geschädigt worden wäre. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Unmittelbar nach dem Sturz sei beim Versicherten eine akute links betonte Zervikalgie aufgetreten, ohne dass vorbestehende Nackenbeschwerden aktenkundig gewesen wären. Zudem seien innerhalb von 24 Stunden Parästhesien in den ersten drei Fingern der linken Hand sowie eine Zervikobrachialgie links geäussert worden, was für eine sensible Reizung der zervikalen Nervenwurzel spreche. Es sei davon auszugehen, dass eine zuvor klinisch stumme zervikale Diskushernie unmittelbar symptomatisch geworden sei. Eine unfallbedingte Auslösung der Diskushernie sei daher zu bejahen. Aufgrund der Akten könne auf eine anhaltende und von der Schmerzintensität her zunehmende Zervikobrachialgie links bis hin zur Operation vom 25. März 2013 geschlossen werden. Bei diesem Eingriff sei jedoch nicht eine Unfallfolge, sondern eine degenerativ bedingte zervikale Diskushernie operiert worden, welche allerdings durch den Unfall symptomatisch geworden sei. Da der Versicherte am 3. April 2013 angegeben habe, dass nach der Operation die Migräne und das Ziehen in der Schulter verschwunden sei, könne geschlossen werden, dass auch die durch den Unfall ausgelöste zervikobrachiale Symptomatik nach dem Eingriff erloschen sei. In Bezug auf die durch den Unfall ausgelöste Schmerzsymptomatik sei der Status quo sine spätestens Ende Mai 2013 erreicht.

6.1 Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör. So habe er keine Gelegenheit gehabt, an der Beweisabnahme mitzuwirken und zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen, weshalb bereits aus formellen Gründen an der Beweistauglichkeit der Berichte der Kreisärzte Dres. G.____ und H.____ vom 21. Mai 2013 sowie des SUVA-Arztes Dr. J.____ vom 29. Oktober 2013 zu zweifeln sei.

6.2 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. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

6.3 Die Beschwerdegegnerin bot dem Versicherten unbestrittenermassen keine Gelegenheit, sich zu den Abklärungsberichten vom 21. Mai 2013 und 29. Oktober 2013 zu äussern. Es steht zudem auch fest, dass diese Berichte wichtige Grundlagen des Einspracheentscheids bildeten und damit die Entscheidfindung wesentlich beeinflussten. Die SUVA würdigte in ihrem Entscheid vom 4. November 2013 die darin enthaltenen Angaben ausführlich und stellte massgeblich darauf ab. Der Versicherte rügt damit zu Recht eine Verletzung seines Anspruches auf rechtliches Gehör. Dass es sich bei den genannten ärztlichen Beurteilungen nicht um eine Exploration mittels eigener Untersuchungen handelt, ändert nichts daran, dass dieser dem Beschwerdeführer hätte zur Kenntnis gebracht werden müssen. Indessen konnte der Versicherte seinen Standpunkt im kantonalen Beschwerdeverfahren vor einer über umfassende Kognition verfügenden richterlichen Behörde vorbringen. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs wiegt nicht derart schwer, dass der Mangel von vornherein unheilbar wäre (vgl. BGE 125 V 368 E. 4c/aa S. 371 mit Hinweis), weshalb die Gehörsverletzung ausnahmsweise geheilt werden kann.

7.1 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), kann eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben. Zudem ist nach der zuverlässigen, nachvollziehbaren und deshalb massgebenden Beurteilung von Dr. J.____ vom 29. Oktober 2013 davon auszugehen, dass keine Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes erstellt ist. Die richtunggebende Verschlimmerung einer erkrankten Wirbelsäule setzt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stets einen röntgenologisch ausgewiesenen Befund voraus, wie er hier gerade nicht ausgemacht werden konnte. Daran vermag insbesondere auch nichts zu ändern, dass sich der Beschwerdeführer im 25. März 2013 einer Discectomie und einer Microherniectomie unterziehen musste. Die nach der Operation eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl. Besprechungsprotokoll vom 3. April 2013) zeigt vielmehr auf, dass die Ursache der geklagten Beschwerden in den bereits zuvor bestehenden, degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule gelegen hat. Wenn der Beschwerdeführer einwendet, der Inhalt dieses Protokolls entspreche nicht der Wahrheit, ist ihm entgegenzuhalten, dass keine medizinischen Unterlagen bei den Akten liegen, die belegen würden, dass er auch nach dem Eingriff an starken Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich sowie an Migräne gelitten hat. Es liegen somit keine Anhaltspunkt dafür vor, dass - entgegen der allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsache – aufgrund der durch den Unfall am 11. November 2012 verursachten Einwirkung auf die Wirbelsäule des Versicherten eine über die Dauer von maximal vier Monaten und somit über Mitte März 2012 hinaus andauernde Schädigung verursacht worden wäre. Auch eine beantragte gutachterliche Untersuchung würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf eine ergänzende Abklärung der medizinischen Verhältnisse verzichtet werden kann. Soweit Dr. I.____ in seinem Bericht vom 24. Mai 2013 darauf hinweist, dass der Versicherte bis zum 15. Januar 2013 nie über Probleme mit der HWS geklagt habe, vermag dies zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Dadurch ist nicht erstellt, dass die danach geklagten Beschwerden auf einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden zurückzuführen sind. Den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall

und Bandscheibenschaden allein mit der Argumentation zu bejahen, dass der Versicherte zuvor nicht an entsprechenden Beschwerden gelitten habe, liefe auf eine Argumentation "post hoc ergo propter hoc" hinaus, was zum Nachweis des fraglichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss unzureichend ist (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

7.2 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die SUVA hinsichtlich der strittigen Leistungseinstellung auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. J.____ vom 29. Oktober 2013 abgestellt hat. Dieser im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Bericht setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten. Es muss deshalb sein Bewenden damit haben, dass durch den Unfall vom 11. November 2012 lediglich eine vorübergehende Akzentuierung in Form einer Symptomatisierung eines zuvor klinisch stummen Zustands erfolgt ist und das Kriterium für eine traumatische Schädigung mangels bildgebender, objektivierbarer und struktureller Veränderung nicht erfüllt ist. Zusammenfassend erweist es sich somit als rechtens, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, der Versicherten über den 31. Mai 2013 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 4. November 2013 erhobene Beschwerde ist demnach als unbegründet abzuweisen.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

9.1 Der Beschwerdeführer beantragte die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Rechtsanwalt Häner als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Gleichzeitig mit der Beschwerde liess er dem Gericht ein ausgefülltes Gesuchsformular um unentgeltliche Rechtspflege einreichen. Darin deklarierte er ein monatliches Ersatzeinkommen von EUR 704.-- und Auslagen von EUR 1‘269.96. Mit Schreiben vom 5. Dezember 2013 forderte das Gericht den Beschwerdeführer auf, bis 6. Januar 2014 ergänzende Belege über die aktuelle wirtschaftliche Situation einzureichen und seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse zur Beurteilung seiner wirtschaftlichen Gesamtsituation zu belegen, andernfalls die Bedürftigkeit verneint werden könne. Der Beschwerdeführer reichte dem Gericht bis dato keine weiteren Unterlagen oder Belege ein.

9.2 Nach Art. 61 lit. f ATSG in Verbindung mit § 22 Abs. 2 VPO wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wenn einer Partei die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos erscheint und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte als notwendig oder doch geboten erscheint (vgl. Urteil des EVG vom 7. April 2004, U 333/03, E. 3.2 und 4). Unter dem Gesichtspunkt des bundesrechtlichen Anspruchs auf unentgeltliche Rechtspflege gemäss Art. 61 lit. f ATSG obliegt es dem ersuchenden Beschwerdeführer, seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse umfassend darzustellen und soweit möglich auch zu belegen. Verweigert er die zur Beurteilung seiner aktuellen Gesamtsituation erforderlichen Angaben oder Belege, so kann die Bedürftigkeit ohne Verletzung der Verfassung verneint werden (BGE 120 Ia 179 E. 3a S. 181 f., Urteil des Bundesge-

richts vom 4. Mai 2006, U 85/05). Wie vorstehend erwähnt, hat der Beschwerdeführer seine Einkommen- und Ausgabensituation bis dato – ohne ersichtlichen Grund - nicht hinreichend belegt, obschon er hiezu aufgefordert und auf die mögliche Konsequenz der Ablehnung seines Gesuchs hingewiesen wurde. Folglich ist das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Verbeiständung abzuweisen.

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 um unentgeltliche Verbeiständung wird abgewiesen.

Gegen diesen Entscheid wurde von A.____ am 12. Juli 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_542/2014) erhoben.