



Urteil vom 31. März 2026

mitgeteilt am 7. April 2026

Referenz SV2 25 40

Instanz Zweite sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung von Salis, Vorsitz
 Bäder Federspiel und Pedretti
 Zanolari Hasse, Aktuarin

Parteien **A. _____**
 Beschwerdeführer

 gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)
 Beschwerdegegnerin

Gegenstand Versicherungsleistungen nach UVG

Sachverhalt

A. A._____, Jahrgang 1952, war als Geschäftsführer, Inhaber und Chauffeur bei der C._____ GmbH angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 4. Juli 2024 rutschte A._____ am 13. Juni 2024 bei einem Umzugsauftrag beim geplanten Schieben eines grossen Schrankes durch das Fenster im Hochparterre auf dem Rasen bzw. den lokalen Steinen aus und fiel rückwärts hin; dabei habe er sich den Rücken "verknorkst" und einen Hexenschuss erlitten.

B. Die ambulante ärztliche Erstbehandlung erfolgte am 24. Juni 2024 bei Dr. med. D._____, der einen Muskelfaserriss im Gesäss links mit Ausstrahlung entlang der Hamstrings diagnostizierte. Gestützt auf eine am 9. Juli 2024 durchgeführte Computertomographie der Lendenwirbelsäule befundete der Radiologe eine osteodiskoligamentäre bedingte mässiggradige linksseitige Neuroforameneinengung im Segment LWK5/SWK1 mit Nervenwurzelaffektion L5 links sowie eine breitbasige linksbetonte Bandscheibenprotrusion im Segment LWK5/SWK1 mit rezessaler Affektion von S1 bds., links > rechts. Aufgrund der Indikation eines lumboradikulären Schmerzsyndroms S1 links bei Bandscheibenprotrusion erfolgte am 16. Juli 2024 eine CT-gesteuerte, periradikuläre Infiltration S1 links. Am 25. Juli 2024 erfolgte sodann aufgrund der Diagnosen eines sequestrierten Bandscheibenvorfalles und einer Spinalkanalstenose L4/5, L5-Radikulopathie links, sowie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) eine CT-gesteuerte, epidurale Infiltration L4/5 von links. Die Suva richtete ein Taggeld aus und übernahm die Heilbehandlungskosten.

C. Nachdem die Suva medizinische Abklärungen getätigt hatte, stellte sie die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlungskosten) mit Verfügung vom 16. April 2025 per 13. März 2025 ein und lehnte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab. Zur Begründung stellte sie auf die versicherungsmedizinische Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. med. E._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 18. Dezember 2024 ab. Demgemäss sei der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 13. Juni 2024 eingestellt hätte, spätestens neun Monate nach dem Unfall erreicht.

D. Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 23. April 2025 Einsprache und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 16. April 2025 sowie die

Weiterausrichtung der Versicherungsleistungen. Seine Lebensqualität sei massiv beeinträchtigt und er könne weiterhin praktisch keine Arbeiten ausführen. Er habe täglich Schmerzen, nehme Medikamente und befinde sich weiterhin in ärztlicher Behandlung und Physiotherapie. Von einem krankhaften Vorzustand könne niemals die Rede sein, da er in seinem Leben nie Rückenbeschwerden gehabt habe.

E. Mit Einspracheentscheid vom 10. Juni 2025 lehnte die Suva die Einsprache ab. Im Wesentlichen begründete sie ihren Entscheid damit, dass A._____ in seiner Einsprache nichts vorgebracht habe, was Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsmedizinischen Einschätzung zu begründen vermöge. Bei seinen Ausführungen handle es sich um unbewiesen gebliebene Behauptungen, die in den Akten keine Stütze fänden. Sein Hinweis, dass er vor dem Unfall noch nie Rückenbeschwerden gehabt habe und diese erst nach dem Unfall aufgetreten seien, tue nichts zur Sache und sei beweisrechtlich unbehelflich. Vor diesem Hintergrund sei auf die Beurteilung des Versicherungsmediziners abzustellen und mit ihm davon auszugehen, dass der Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe, dass der Rücken des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen sei, und dass spätestens nach sechs, in diesem Fall allerspätestens nach neun Monaten die unfallbedingte Behandlung wieder abgeschlossen werden könne. Zwischen den vom Versicherten noch geklagten Beschwerden am Rücken und dem Unfall vom 13. Juni 2024 bestehe damit kein natürlicher Kausalzusammenhang (mehr). Bei diesem Ergebnis seien zu Recht die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlungskosten) per 13. März 2025 eingestellt und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt worden.

F. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 2. Juli 2025 (Datum Poststempel) Beschwerde beim Obergericht des Kantons Graubünden. In seiner nachgebesserten Eingabe vom 23. August 2025 (Datum Poststempel) beantragte er sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 10. Juni 2025 sowie die Weiterausrichtung der Versicherungsleistungen und/oder Ausrichtung einer Integritätsentschädigung; eventualiter sei die Sache gestützt auf ein externes Gutachten zu entscheiden. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, der Versicherungsmediziner habe ihn nie persönlich untersucht und sich bloss auf die vorliegenden Akten abgestützt. Auch seien die behandelnden Ärzte bzw. Physiotherapeuten nie kontaktiert worden. Vor

dem Unfall habe er nie Rückenbeschwerden gehabt; diese würden indes trotz der Evaluation der Suva weiterhin anhalten.

G. In ihrer Eingabe vom 3. September 2025 verzichtete die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) auf die Einreichung einer ausführlichen, förmlichen Stellungnahme und beantragte unter Verweis auf den angefochtenen Einspracheentscheid die Abweisung der Beschwerde.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, auf den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. Juni 2025 (act. B.1 [= UV-act. 100; in der Folge nicht mehr zitiert]). Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer ist im Kanton Graubünden wohnhaft, womit die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids, mit dem die Beschwerdegegnerin seine Einsprache abwies, ist er von diesem berührt, und er weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Seine Beschwerdelegitimation ist daher zu bejahen, und auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 i.V.m. Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde samt Nachbesserung ist einzutreten.

2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungen per 13. März 2025 aufgrund weggefallener Unfallkausalität eingestellt hat oder ob sie verpflichtet gewesen wäre, darüber hinaus Leistungen zu erbringen.

3.1. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Zudem hat sie Anspruch auf ein Taggeld, wenn sie infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG). Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 13. Juni 2024 als Unfall i.S.v. Art. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG zu qualifizieren und die Beschwerdegegnerin hierfür leistungspflichtig ist.

3.2. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihr resp. ihm 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 (vgl. BGE 147 V 161 E. 3.2, 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1).

3.3. Entsprechend dem Grundsatz, dass eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bereits dann gegeben ist, wenn der Unfall nur eine Teilursache eines Gesundheitsschadens bildet, hat der Unfallversicherer dort, wo durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest wird, so lange Leistungen zu erbringen, bis der Gesundheitsschaden 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 (BGE 147 V 161 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2023 vom 9. Januar 2024 E. 2.2.3, 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E. 4.1). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen

jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGE 150 V 188 E. 4.2, 147 V 161 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2023 vom 9. Januar 2024 E. 2.2.3, 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E. 3.2.4, 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2, 8C_840/2019 vom 14. Februar 2020 E. 3.2). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2016 vom 10. August 2016 E. 2.4).

3.4. Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine richtunggebende Verschlimmerung (Urteile des Bundesgerichts 8C_7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1, 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2 und 8C_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1). Solange der Status quo sine vel ante nicht erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen (Urteile des Bundesgerichts 8C_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1 und 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2). Wird hingegen durch einen Unfall ein klinisch stummer krankhafter Vorzustand aktiviert, wäre aber zu dessen Aktivierung nicht unbedingt ein Unfallereignis notwendig gewesen, so spricht das Bundesgericht von einer blossen Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitszustandes, die keine Leistungspflicht der Unfallversicherung nach sich zieht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E. 2.3, 8C_287/2020 vom 27. April 2021 E. 3.1 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 4). Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG

massgebenden Ursachen auch Umstände, 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 *Conditio sine qua non* war. Wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene, kommt einem Ereignis der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2024 vom 25. Juli 2025 E. 4.2.2 m.w.H.).

4. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. von dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E. 4.2, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E. 2.2, 8C_548/2019 vom 10. Januar 2020 E. 3.2).

4.1. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6).

4.2. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die

Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2).

4.3. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_592/2021 vom 4. Mai 2022 E. 5.2 und 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.2).

4.3.1. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet und nachvollziehbar sind (zum Ganzen: BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1, 8C_172/2024 vom 14. August 2024 E. 4.2, 9C_626/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2, 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2 und 8C_704/2022 vom 27. September 2023 E. 3.3). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3.2. Gemäss Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_562/2023 vom 29. Mai 2024 E. 2.3, 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3 und 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E. 4).

4.3.3. Reine Aktenbeurteilungen sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_499/2024 vom 30. Mai 2025 E. 5.1, 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2, 8C_253/2023 vom 7. August 2023 E. 3).

4.3.4. Im Übrigen ist bei der Beweismwürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3a/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile des Bundesgerichts 8C_401/2022 vom 31. Januar 2023 E. 4, 8C_226/2022 vom 27. Oktober 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

5. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr. med. E._____ vom 18. Dezember 2024 (UV-act. 49 [= UV-act. 88 S. 4 f.; in der Folge nicht mehr zitiert]) abgestellt hat oder zumindest geringe Zweifel gegen dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit sprechen. Während die Beschwerdegegnerin die versicherungsmedizinische Beurteilung für nachvollziehbar und widerspruchsfrei erachtet (vgl. angefochtener Einspracheentscheid vom 10. Juni 2025 [act. B.1 E. 2.2.]), beanstandet der Beschwerdeführer im Wesentlichen den Umstand, dass Dr. med. E._____ ihn nie kontaktiert oder persönlich untersucht habe.

5.1.1. Mit Blick auf die Beweiswertigkeit der Beurteilung von Dr. med. E._____ vom 18. Dezember 2024 (UV-act. 49 S. 4 f.) ist festzuhalten, dass diese in Kenntnis der Vorakten und insbesondere in Auseinandersetzung mit den bildgebenden

Dokumenten (radiologischer Bericht zu CT LWS vom 9. Juli 2024 [UV-act. 22]) abgegeben wurde.

5.1.2. In seiner Einschätzung bejahte der Versicherungsmediziner Dr. med. E._____ die Frage, ob die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion (Rücken) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt war, und führte dazu aus, dies sei durch die im CT der Lendenwirbelsäule vom 9. Juli 2024 festgestellten Veränderungen der Fall (Osteodiskoligamentäre bedingte mässiggradige linksseitige Neuroforameneinengung im Segment LWK5/SWK1 mit Nervenwurzelaffektion L5 links; breitbasige linksbetonte Bandscheibenprotrusion im Segment LWK5/SWK1 mit rezessaler Affektion von S1 bds., links > rechts). Die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe, welche objektivierbar seien, verneinte er. Dies mit der Begründung, dass die im CT vom 9. Juli 2024 festgestellten Veränderungen alle abnutzungs- oder krankheitsbedingt seien. Zur Frage, ab wann Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, führte der Versicherungsmediziner sodann aus, durch ein Trauma könne es zu einer vorübergehenden Aktivierung eines vorbestehenden klinisch stummen degenerativen Vorzustandes kommen. Spätestens nach sechs, in diesem Fall allerspätestens nach neun Monaten, sollte jedoch die unfallbedingte Behandlung wieder abgeschlossen werden können.

5.2. Im Unfallversicherungsrecht entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Diskusprotrusionen nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 2.3 m.w.H.). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie oder -protrusion aber 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) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. So muss eine entsprechende richtunggebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Ist hingegen die Diskushernie oder -protrusion bei (stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Diesfalls hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach

dem derzeitigen medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Im Allgemeinen ist bei einer Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule die vorübergehende Verschlimmerung nach sechs bis neun Monaten und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_102/2021 vom 26. März 2021 E. 6.3.1, 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 2.3).

5.3. Vorweg ist in formeller Hinsicht festzuhalten, dass die im Zusammenhang mit der reinen Aktenbeurteilung vorgetragene Rüge des Beschwerdeführers ins Leere geht. Eine persönliche ärztliche Untersuchung durch den Versicherungsmediziner drängte sich aufgrund des Vorliegens der lückenlosen Befunde sowie des an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts nicht auf (vgl. Erwägung 4.3.3. hiervor). Zudem konnte der Beschwerdeführer weder im Administrativverfahren noch im Beschwerdeverfahren echtzeitliche ärztliche Dokumente vorlegen, die bezüglich der Erhebung der Befundlage sowie der Feststellung des entscheidrelevanten Sachverhalts unberücksichtigt geblieben wären und Anlass zu einer persönlichen Untersuchung seitens des Versicherungsmediziners gegeben hätten.

5.4.1. Echtzeitlich ergeben sich aus den Akten aufgrund des am 13. Juni 2024 erlittenen Verhebetaumas keine unfallbedingten organischen Befunde. Insbesondere ergibt sich aus den Akten, dass das CT LWS vom 9. Juli 2024 aufgrund einer Lumbalgie nach Verhebetauma indiziert war und daraus bildgebend zwar eine Neuroforameneinengung und eine Bandscheibenprotrusion, beide im Segment LWK5/SWK1, beurteilt wurden (vgl. radiologischer Bericht vom 9. Juli 2024 von Dr. med. B._____, Facharzt für Radiologie und Chirurgie [UV-act. 15]), jedoch keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und auch keine Wirbelkörperfrakturen. Aufgrund dieses Befundes erfolgte am 16. Juli 2024 eine CT-gesteuerte, periradikuläre Infiltration S1 links zur Behandlung des lumboradikulären Schmerzsyndroms S1, was jedoch zu keiner Schmerzverbesserung führte (vgl. ärztlicher Bericht vom 16. Juli 2024 von Dr. med. K._____, Facharzt für Radiologie [UV-act. 23]). Am 25. Juli 2024 erfolgte sodann aufgrund der Diagnosen eines sequestrierten Bandscheibenvorfalles und einer Spinalkanalstenose L4/5, L5-Radikulopathie links, sowie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) eine CT-gesteuerte, epidurale Infiltration L4/5 von links. Auch hier wurden intraoperativ keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule oder Wirbelkörperfrakturen festgestellt, sondern ein ausgeprägter Befund L4/5 mit hypertrophen Spondylarthrosen (vgl. neurochirurgischer Bericht

vom 30. Juli 2024 von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurochirurgie [UV-act. 42]). Aufgrund dieser Aktenlage ist schlüssig und nachvollziehbar, dass der Versicherungsmediziner die bildgebend festgestellten Befunde als abnutzungs- oder krankheitsbedingt einstuft und darauf schloss, dass ohne das Vorliegen struktureller Läsionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Verhebetauma vom 13. Juni 2024 zu einer vorübergehenden Aktivierung eines vorbestehenden klinisch stummen degenerativen Vorzustandes geführt hat.

5.4.2. Weiter ist aufgrund der Akten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall nicht zu 100 % arbeitsunfähig war. Die Erstkonsultation erfolgte am 24. Juni 2024, mithin mehr als zehn Tage nach dem Unfall. Dem Arztzeugnis UVG vom 3. August 2024 zufolge hat der erstbehandelnde Arzt Dr. med. D._____ dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zudem berichtete Dr. med. D._____ von einschliessenden Schmerzen im Gesäss und diagnostizierte einen Muskelfaserriss im Gesäss links mit Ausstrahlung entlang der Hamstrings (vgl. UV-act. 19). Im Lichte dessen haben die nachträglich am 24. Juli 2024, 29. August 2024 resp. 30. August 2024 durch die Hausärztinnen und Hausärzte Dres. med. G._____, H._____ und I._____ ausgestellten Arztzeugnisse, wonach eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 13. Juni 2024 bis zum 28. Juli 2024 resp. 13. August 2024 bestanden habe, einen beschränkten Beweiswert (vgl. UV-act. 8 S. 4, 25 S. 4, 26). Es liegen im Weiteren keine anderen Beurteilungen sowie keine weiteren echtzeitlichen ärztlichen Berichte vor, welche eine sofortige Arbeitsunfähigkeit zufolge Verhebetaumas per 13. Juni 2024 ausweisen würden. Mit Arztzeugnis vom 2. Oktober 2024 bescheinigte der behandelnde Neurochirurg Dr. med. F._____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erst wieder ab dem 1. September 2024 für den Monat September 2024 (vgl. UV-act. 30 S. 5). Diese dauerte in der Folge gemäss den ärztlichen Zeugnissen des Hausarztes Dr. med. J._____ vom 24. Oktober 2024, 26. November 2024, 27. Dezember 2024, 22. Januar 2025, 25. Februar 2025 sowie 13. März 2025 ununterbrochen bis zum 31. März 2025 an (UV-act. 39 S. 5, 44 S. 2, 50, 56, 64, 79). Weitere medizinische Akten, die echtzeitlich das darüber hinaus geklagte Schmerzsyndrom belegen könnten, hat der Beschwerdeführer weder im administrativen Verfahren noch im Beschwerdeverfahren eingereicht. Damit ist die Einschätzung des Versicherungsmediziners, wonach die unfallbedingten Behandlungen spätestens neun Monate ab Ereignisdatum abgeschlossen werden können, rechtens. Ebenso ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E._____ den Status quo sine aufgrund der unfallmedizinischen Erfahrungstatsache auf neun Monate nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2024 datierte, handelt es sich bei der

betreffenden Frage doch um eine (valable) Schätzung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_654/2023 vom 25. September 2024 E. 6.1 m.w.H.).

5.4.3. Allein aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge vor dem Unfall keine Rückenschmerzen hatte, lässt sich nicht auf einen (fortdauernden) Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 13. Juni 2024 und den danach geklagten Beschwerden schliessen. Wie die Beschwerdegegnerin bereits im Einspracheverfahren zu Recht anführte (vgl. angefochtener Einspracheentscheid Erwägung 1.5 [act. B.1 S. 4]), gilt eine gesundheitliche Schädigung beweisrechtlich nicht schon dann als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese Argumentation des Beschwerdeführers folgt der unzulässigen Beweisregel "*post hoc ergo propter hoc*" im Sinne der Vermutung, die Beschwerden müssten unfallbedingt sein, wenn die Wirbelsäule bis zum Unfall schmerzfrei gewesen ist (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_125/2023 vom 8. August 2023 E. 5.6, 8C_772/2019 vom 4. August 2020 E. 4.2.2, je m.w.H.). Diese Ansicht ist unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig, sofern der Unfall – wie hier – keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und namentlich keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat.

5.4.4. Zudem stört sich der Beschwerdeführer in seiner nachgebesserten Beschwerdeschrift daran, dass keine Auskünfte bei den Physiotherapeuten eingeholt worden seien. Aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer erstmals am 4. Juli 2024 eine Physiotherapie verordnet wurde (vgl. UV-act. 32 S. 2), was am 22. Juli 2024, 6. September 2024, 24. Oktober 2024 und 23. Januar 2025 jeweils erneuert wurde (vgl. UV-act. 32, 46, 57), kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie der Versicherungsmediziner festhielt, ist die Behandlung spätestens nach neun Monaten seit dem Ereignis abgeschlossen. Dass dem Beschwerdeführer darüber hinaus eine Physiotherapie verordnet worden wäre, macht er weder geltend noch sind aus den Akten nach dem 13. März 2025 stattgehabte Behandlungen ersichtlich.

5.5. Vorliegend überzeugt demnach die Einschätzung des Versicherungsmediziners, dass keine durch den Unfall verursachte richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes vorliegt, da unfallbedingte Wirbelkörperfrakturen oder strukturelle Läsionen fehlen, und somit auf eine Aktivierung eines vorbestehenden klinisch stummen Vorzustandes geschlossen werden kann. Die Einschätzung, dass spätestens neun Monate nach dem Unfall vom 13. Juni 2024 die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen werden konnte, ist demnach nicht zu beanstanden und hat sich aufgrund der im Recht liegenden

Akten als zutreffend erwiesen. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht davon ausgegangen, dass die über den 13. März 2025 hinaus behaupteten Beschwerden, die nicht rechtsgenügend ausgewiesen sind, nicht unfallkausal sind.

5.6. In Gesamtwürdigung der Umstände ergibt sich somit, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geeignet sind, den Beweiswert der Beurteilung des Versicherungsmediziners Dr. med. E._____ zu schmälern. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf dessen Einschätzung abgestellt, wonach der Status quo sine, d.h. der Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall eingestellt hätte, neun Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden ist. Auf den sinngemässen Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein externes Gutachten einzuholen, kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_533/2022 vom 6. Februar 2023 E. 5.2).

6. Im Ergebnis ist die Einstellung der Leistungen (Taggeld und Heilbehandlungskosten) sowie die Ablehnung weiterer Versicherungsleistungen wie eine Integritätsentschädigung aufgrund des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs per 13. März 2025 nicht zu beanstanden. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 10. Juni 2025 erweist sich als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.1. Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

7.2. Auch steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. [Rechtsmittelbelehrung]
4. [Mitteilung]