



Fall-Nr.: UV 2017/4
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 02.08.2018
Entscheiddatum: 02.08.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 02.08.2018

Art. 6 UVG: Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen für die anhaltenden Rückenschmerzen des Beschwerdeführers per Leistungseinstellungsdatum bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. August 2018, UV 2017/4).

Entscheid vom 2. August 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2017/4

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,



St.Galler Gerichte

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach
4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Anstellung als Hilfsbodenleger bei der B.____ GmbH bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 31. März 2016 meldete die Arbeitgeberin der Suva, der Versicherte sei am 24. März 2016 eine Treppe hinuntergefallen und habe sich den Rücken verletzt (Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung hatte am Unfalltag durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stattgefunden, der im Arztzeugnis UVG vom 14. April 2016 die Diagnose "Kontusion LWS" sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 24. März bis voraussichtlich 16. April 2016 notierte und bezüglich Befund auf eine MRI-Untersuchung verwies (Suva-act. 6). Mit Schreiben vom 6. April 2016 hatte die Suva der Arbeitgeberin des Versicherten mitgeteilt, dass sie für die Folgen des Unfalls vom 24. März 2016 die Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) übernehmen werde (Suva-act. 2).

A.b Am 17. April 2016 nahm der Versicherte seine Arbeit wieder auf, brach sie jedoch gleichentags wieder ab (Suva-act. 11). Am 19. April 2016 konsultierte er Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, der ihm wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. 12, vgl. auch Suva-act. 16, 18, 24, 33). Am 1. Juni 2016 berichtete Dr. D.____ über die Untersuchungsergebnisse anlässlich der



St.Galler Gerichte

vorgenannten Konsultation, bedachte die Notwendigkeit einer kreisärztlichen Beurteilung und reichte Berichte von am 19. Dezember 2014 und 31. März 2016 im Röntgeninstitut E.____ durch Dr. med. F.____, FMH Radiologie, von der LWS des Versicherten durchgeführten MRT-Untersuchungen ein. Beide Untersuchungen hatten eine nicht kompressive Diskushernie L4/5 zur Darstellung gebracht (Suva-act. 21 f., 26). Mit Schreiben vom 14. Juli 2016 regte Dr. D.____ eine stationäre Rehabilitation des Versicherten an (Suva-act. 28).

A.c Im Auftrag der Suva nahm Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, als zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor (ZAFAS) beim Versicherten am 20. Juli 2016 eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vor. Er befand den Versicherten in einer angepassten Tätigkeit mit wechselnder Körperposition höchstens zu 50% arbeitsfähig und empfahl angesichts der bereits viermonatigen Krankheitsdauer trotz ambulanter Physiotherapie ebenfalls einen stationären Aufenthalt (Suva-act. 30).

A.d Die Suva liess den Schadenfall darauf von ihrem Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, prüfen. Gestützt auf dessen Beurteilung vom 27. Juli 2016 teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 2. August 2016 mit, dass sie den Fall per 15. August 2016 abschliessen und die Leistungen einstellen werde. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 24. März 2016 eingestellt hätte (Status quo sine), sei gemäss kreisärztlicher Beurteilung spätestens am 24. Mai 2016 erreicht gewesen (Suva-act. 34).

A.e Mit Arzzeugnis vom 24. August 2016 schrieb Dr. D.____ den Versicherten vom 1. bis 31. August 2016 zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 35).

A.f Nachdem Rechtsanwalt lic. iur. D. Ehrenzeller, Teufen, für den Versicherten mit Schreiben vom 6. September 2016 hatte einwenden lassen, die medizinische Behandlung sei nicht abgeschlossen bzw. der Endzustand nicht erreicht, weshalb die Bezahlung des Taggeldes wieder aufzunehmen sei (Suva-act. 38), Dr. H.____ allerdings am 21. und 26. September 2016 an seiner Stellungnahme vom 27. Juli 2016 festgehalten hatte (Suva-act. 40 f.), verfügte die Suva am 10. Oktober 2016 die Leistungseinstellung per 15. August 2016 (Suva-act. 42).



B.

Die am 10. November 2016 gegen die Verfügung vom 10. Oktober 2016 erhobene Einsprache (Suva-act. 45), mit welcher auch die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung durch den Rechtsvertreter im Einspracheverfahren beantragt worden war, wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 29. November 2016 ab (Suva-act. 48).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Ehrenzeller für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 13. Januar 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 29. November 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen UVG-Leistungen auch über den 15. August 2016 hinaus zu erbringen; eventualiter sei unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids eine umfassende Suva-unabhängige Begutachtung anzuordnen; insbesondere sei dem Beschwerdeführer in Aufhebung von Ziff. 2 des angefochtenen Einspracheentscheids die unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren zu gewähren. Dem Beschwerdeführer sei für dieses Verfahren die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

C.c Mit Schreiben vom 4. Mai 2017 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dem Versicherungsgericht Unterlagen für das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung ein (Gesuchsformular, zwei vorläufige Steuerrechnungen für die Kantons- und Gemeindesteuer 2017 und die direkte Bundessteuer 2016). Mit Schreiben vom 10. Mai 2017 bezeichnete das Versicherungsgericht die Einträge im Gesuchsformular als komplett nichtssagend und verwies auf einen Handelsregisterauszug des Kantons Zürich, woraus sich ersehen lasse, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, eine AG zu gründen, welcher er als einziges Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift vorstehe. Vor diesem



St.Galler Gerichte

Hintergrund erscheine es unglaublich, dass der Beschwerdeführer unfähig sein solle, die Kosten der Prozessführung selber zu bestreiten (act. G 12). Das Gesuch betreffend unentgeltlicher Verbeiständung wurde daraufhin mit Schreiben vom 10. Juli 2017 zurückgezogen, doch wurde eingewendet, dass der Eintrag im Handelsregister nicht impliziere, dass bezüglich des Hauptverfahrens ab 4. Oktober 2016 ein relevanter Verdienst vorgelegen habe (act. G 18).

C.d Mit Replik vom 10. Juli 2017 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den übrigen Beschwerdeanträgen fest (act. G 19). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 20 f.).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 15. August 2016.

2.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht



demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4).

3.2 Ist die Unfallkausalität im Grundfall einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Unfall nicht mehr eine natürliche und adäquate Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche



Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (LOCHER/ GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4). 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). 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.

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren



eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Die Rechtsprechung erachtet reine Beurteilungen aufgrund der Akten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. H.____ vom 27. Juli 2016 (Suva-act. 31) sowie vom 22. und 28. September 2016 (Suva-act. 40 f.). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilungen bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

4.

Ein massgebender Ausgangspunkt bei der Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Ist es durch diesen zu keinen neuen unfallbedingten strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Bei einer lediglich vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Einwirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen. Die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden aber nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund medizinischer Erfahrung nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung



übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehenden Beeinträchtigungen zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere durch einen Unfall bzw. eine Kontusion ausgelöste Diskushernien (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55 f.) Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Gesundheitsschädigung, die sich zwar durch den Unfallmechanismus erklären oder anhand klinisch erhobener Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektivieren lässt, die aber in der Regel keine Dauerschäden im Sinn einer strukturellen Läsion bzw. einer schlecht verheilten, strukturellen Läsion mit fortdauernden gesundheitlichen Störungen zur Folge hat, sondern folgenlos abheilt (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357). Für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung stellt insbesondere der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall eine bedeutende Beweisgrundlage dar (vgl. dazu BGE 134 V 121 E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]).

5.

5.1 Aus der Zeit vor dem Treppensturz des Beschwerdeführers vom 24. März 2016 liegt ein MRT-Untersuchungsergebnis seiner LWS vom 19. Dezember 2014 bei den Akten. Der Radiologe Dr. F.____ erhob damals als Befunde eine mediane Diskushernie L4/5, etwas nach kaudal reichend, keine höhergradige Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina, eine Bulging disk L5/S1, keine fokale Gefügestörung, einen normalen Konusstand und keine Raumforderung intraspinal. Seine Beurteilung lautete "nicht kompressive Diskushernie L4/5" (Suva-act. 22). Das von der LWS des Beschwerdeführers nach dem Treppensturz gemachte MRT vom 31. März 2016 zeigte laut Untersuchungsbericht von Dr. F.____ eine leichte Dehydratation der Bandscheibe L4/5, eine kleine mediane Diskushernie L4/5, eine bereits tangierte jedoch nicht



komprimierte Nervenwurzel L5, eine Bulging disk L5/S1, in den übrigen Niveaus der LWS altersentsprechend normale diskale, ligamentäre und ossäre Verhältnisse, keinen Frakturachweis, keinen Nachweis eines Hämatoms perivertebral sowie keine Signalveränderungen des Bandapparates. Seine Beurteilung lautete auch dieses Mal "nicht kompressive Diskushernie" (Suva-act. 21).

5.2 Dr. H.____ stellt anhand der obigen radiologischen Untersuchungsergebnisse in seinen Beurteilungen vom 27. Juli und 22. September 2016 schlüssig und nachvollziehbar fest, dass posttraumatisch keine neuen strukturellen Veränderungen gegenüber den vorbestehenden Veränderungen aufgetreten seien bzw. das MRI 2016 keine Unterschiede im Vergleich zum MRI 2014 zeige und die dargestellten bandscheibenbezogenen Veränderungen nicht unfallkausal seien (Suva-act. 31, 40). Die in der MRT-Untersuchung nach dem Unfall erhobenen strukturellen Gesundheitsschäden der medianen Diskushernie L4/5 und der Bulging disk L5/S1 sind bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen. Diesbezüglich liegen mithin unbestrittenermassen und der medizinischen Erfahrung entsprechend (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, 193 E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, und vom 18. Februar 2002, U 459/00, E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17) degenerative Vorzustände vor. Traumatische ligamentäre Läsionen oder Frakturen konnten ebenfalls nicht objektiviert werden. Dr. H.____ weist sodann zutreffend darauf hin, dass der MRT-Befund vom 31. März 2016 im Unterschied zum Vorbefund vom 19. Dezember 2014 eine Reihe von Angaben über nicht vorhandene pathologische Befunde enthalte. Die radiologischen Befunde sind hierin offenkundig und es liegt demzufolge kein - wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers benannter - "viel breiterer Befund" (Suva-act. 38) vor. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass durch das Ereignis vom 24. März 2016 keine neue unfallbedingte strukturelle Schädigung nachweisbar ist. Entsprechend stellten auch Dr. C.____ im Arzzeugnis UVG vom 14. April 2016 (Suva-act. 6) sowie Dr. G.____ im Untersuchungsbericht vom 20. Juli 2016 (Suva-act. 30) in Kenntnis des MRT-Befundes nur die Unfalldiagnose einer LWS-Kontusion bzw. Rückenkontusion.

5.3 Eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der LWS ist laut Dr. H.____ offensichtlich ebenfalls auszuschliessen. Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass in diesem



Bereich eine richtunggebende Verschlimmerung nur dann als erwiesen gelten kann, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrösserung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt (E. MORSCHER, in: BAUR/NIGST [Hrsg.], Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 191). Wie Dr. H.____ in seiner Beurteilung vom 21. September 2016 überzeugend feststellt, ist auch in diesem Zusammenhang nicht erkennbar, inwiefern aus dem MRT-Untersuchungsbericht vom 31. März 2016 ein vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers als viel breiter bezeichneter Befund herauszulesen wäre. Die posttraumatisch erhobenen Befunde zeigen keine massive Veränderung des degenerativen Vorzustandes an (Suva-act. 21 f.). So wird insbesondere - übereinstimmend mit dem Befund "keine höhergradige Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina" im MRT-Untersuchungsbericht vom 19. Dezember 2014 - im MRT-Untersuchungsbericht vom 31. März 2016 festgehalten, dass die Nervenwurzel L5 nicht komprimiert werde (Suva-act. 21). In der gegenüber dem MRT-Untersuchungsergebnis vom 19. Dezember 2014 grundsätzlich neu erhobenen beidseitigen Tangierung der Nervenwurzel L5 ist laut Dr. H.____ ebenfalls keine Verschlimmerung zu sehen. Er erklärt schlüssig und überzeugend, dass lediglich eine unter Druck stehende Nervenwurzel Beschwerden bereite, nicht jedoch eine bloss tangierte Nervenwurzel. Dies werde so auch im MRT-Untersuchungsbericht zum Ausdruck gebracht (Suva-act. 40). Dr. F.____ hielt in beiden MRT-Untersuchungsberichten dieselbe Beurteilung - eine nicht kompressive Diskushernie L4/5 - fest. Es ist davon auszugehen, dass eine sich in der Radioskopie zeigende richtunggebende Verschlimmerung vom Radiologen in der Beurteilung angeführt worden wäre. Schliesslich lassen auch die eineinhalb Jahre nach der MRT-Untersuchung vom 19. Dezember 2014 bzw. nach dem Unfall erhobene nur leichte Dehydratation der Bandscheibe L4/5 und die kleine mediane Diskushernie für eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes kaum Raum. Die Feststellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ist somit unbegründet und widerspricht den vorangehenden Ausführungen. Eine andere Schlussfolgerung drängt sich auch aufgrund der weiteren vorliegenden medizinischen Akten nicht auf.

5.4 Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass beim Beschwerdeführer weder eine durch den Unfall vom 24. März 2016 verursachte neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung noch



eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands vorliegt. An dieser Beurteilung vermögen auch die Klagen des Beschwerdeführers über Ausstrahlungen ins linke Bein mit Parästhesien und eine Kraftminderung im linken Bein sowie die von Dr. D.____ und Dr. G.____ klinisch erhobenen Bewegungseinschränkungen und Druckdolenzen nichts zu ändern. Subjektive Patientenangaben, aber auch im Rahmen einer manuellen Untersuchung gewonnene klinische Ergebnisse gelten nicht als objektiv ausgewiesen, wenn sie nicht mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2). Wie dargelegt, konnte im konkreten Fall radiologisch keine unfallkausale Nervenkompression objektiviert werden.

6.

6.1 Wie bereits erwähnt, ist den medizinischen Akten als unfallkausale Verletzung lediglich eine LWS-Kontusion bzw. Rückenkontusion zu entnehmen (Suva-act. 6, 14, 30). Die Diagnose ist unbestritten und angesichts des in der Schadenmeldung UVG (Suva-act. 1) und im Arzzeugnis UVG von Dr. C.____ (Suva-act. 6) beschriebenen Unfallmechanismus und der laut Dr. D.____ nach dem Treppensturz sofort aufgetretenen Lumbalgie (Suva-act. 26) nachvollziehbar. Durch eine Kontusion der Wirbelsäule können - wie geschildert (vgl. Erwägung 4) - ein Vorzustand bzw. eine bisher stumme Diskushernie oder andere Wirbelsäulenerkrankungen ausgelöst, d.h. symptomatisch, werden. Dabei handelt es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung und die Unfallversicherung übernimmt nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Es bleibt mithin zu prüfen, ob der durch den Unfall vom 24. März 2016 ausgelöste Beschwerdeschub im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 15. August 2016 weiter andauerte bzw. die fortdauernden Beschwerden noch der beim Unfall unbestrittenermassen erlittenen LWS-Kontusion angelastet werden können.

6.2 Der Beweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens kann durchaus unter Bezugnahme auf statistische Grundlagen und medizinische Erfahrungswerte geführt werden, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (vgl. BGE 126 V 189 E. 4c; RKUV 2000 Nr.



U 363 S. 46 E. 3a). Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2).

6.3 Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen der Wirbelsäule ohne strukturelle Läsionen normalerweise innert kurzer Zeit, in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007, U 357/06, E. 4.6; Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). In den Medizinischen Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008], S. 100 ff., hält der Autor E. BÄR sogar fest, dass Weichteilzerrungen bzw. -prellungen am Rücken (mithin Verletzungen ohne objektivierbaren strukturellen Schaden) ungeeignet seien, länger als einige Wochen bis wenige Monate Beschwerden zu machen, die mit organischen Folgen der ursprünglichen Verletzung zu erklären wären, und weist auf zahlreiche weitere Publikationen hin. Insofern zeichnet sich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes im Bereich der Wirbelsäule im Regelfall durch stetige Besserung des unfallkausalen Beschwerdeanteils aus (vgl. dazu BÄR/KIENER, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule. In Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 45). Die Rechtsprechung hat also im Falle traumatisch ausgelöster Wirbelsäulenpathologien den konkreten medizinischen Beleg für die Heilung durch die Empirie, wie sie in der medizinischen Literatur wiedergegeben wird, ersetzt. Medizinische Erfahrungswerte beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Schliesslich spricht der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen weiterhin bestehen, nicht automatisch für das Fortbestehen von Unfallfolgen. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit. Wie gesagt ist allein entscheidend, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).



6.4 In seinen Beurteilungen vom 27. Juli und 26. September 2016 definiert Dr. H.____ bei Prellungen eine Heilungsdauer von 6 bis maximal 8 Wochen und geht mithin im vorliegenden Fall von einem Status quo sine vel ante spätestens am 19. Mai 2016 aus (Suva-act. 31, 41). Mit seiner Beurteilung befindet er sich zwar im unteren Bereich des in der vorgängig zitierten medizinischen Literatur für den Regelfall angeführten Zeitrahmens. Die Beschwerdegegnerin nimmt jedoch einen Status quo sine vel ante erst per 15. August 2016 und damit rund 5 Monate nach dem Unfall an, wogegen nichts einzuwenden ist. Im vorliegenden Fall sind nämlich keine konkreten Gründe ersichtlich, derentwegen eine längere Heilungsdauer anzunehmen wäre. Eine vom Regelfall abweichende, folgenschwere Kontusion ist jedenfalls auszuschliessen. In der Unfallbeschreibung der Schadenmeldung UVG (Suva-act. 1), dem Arzteugnis UVG von Dr. C.____ (Suva-act. 6) und der Beschwerde (act. G 1) werden im Zusammenhang mit dem Sturz auf den Rücken keine besonderen, erschwerenden Tatbestandselemente angeführt. Auch sind in den unfallnahen medizinischen Akten keine auf eine schwerere Kontusion hinweisenden Befunde vermerkt. Der erstbehandelnde Arzt Dr. C.____ vermerkte im Arzteugnis UVG vom 14. April 2016 lediglich Schürfungen am Ellbogen, bezüglich der LWS dagegen keine auffälligen Befunde (Suva-act. 6). Hervorzuheben ist weiter, dass im MRT vom 31. März 2016 kein Hämatom perivertebral sichtbar war, welches zumindest eine typische Kontusionsfolge dargestellt hätte (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 234). Auch Dr. C.____ verneinte eine Hämatombildung (Suva-act. 6). Dr. D.____ erhob sodann anlässlich seiner Untersuchung vom 19. April 2016 - abgesehen von einer Schmerzangabe beim Lasègue-Test bei Winkeln von 45° links und von 60° rechts - einzig einen beidseits leicht verminderten ASR (Achillessehnenreflex) und hielt im diesbezüglichen Bericht vom 1. Juni 2016 ansonsten nur die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden fest (vgl. dazu Erwägung 5.4; Suva-act. 26). Allgemein bleibt anzufügen, dass die Heilung eines traumatisch bedingt symptomatisch gewordenen degenerativen Vorzustandes fließenden Charakter hat. Die soeben noch traumatisch bedingten Beschwerden lassen sich nicht von den fortan degenerativ bedingten Beschwerden unterscheiden.

6.5 Angesichts der dargelegten Sachlage ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Status quo sine vel ante im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (15. August 2016) erreicht war und fortdauernde Rückenschmerzen auf unfallfremde, insbesondere vorbestandene degenerative



Faktoren zurückzuführen sind. Die Einstellung der bisherigen Leistungen auf dieses Datum hin und die Verneinung weiterer Leistungsansprüche erweist sich damit als gerechtfertigt.

6.6 Die von Dr. G.____ im ZAFAS Untersuchungsbericht vom 20. Juli 2016 (Suva-act. 30) bestimmte 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf als Plattenleger und 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit wechselnder Körperposition und seine - ebenfalls von Dr. D.____ am 14. Juli 2016 so geäußerte (Suva-act. 28) - Empfehlung einer stationären Rehabilitation vermögen keine weiter dauernde Unfallkausalität zu begründen. Der Grund für die Beauftragung von Dr. G.____ lag lediglich in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Beschwerdeführers. Es kann nicht angehen, darin einen Anhaltspunkt für das Fortbestehen von Unfallfolgen zu sehen. Entscheidend ist nämlich, dass dessen Untersuchung die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Inhalt hatte ("ZAFAS" = Zertifiziertes Arbeitsfähigkeits-Assessment mit dem Ziel die Arbeitsfähigkeit zu ermitteln; "Gerne berichte ich über die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung..." [Suva-act. 30]), hier dagegen die Frage der Unfallkausalität zu prüfen ist. Der Umstand, dass Dr. G.____ von einem Unfallversicherer beauftragt wurde, ändert nichts am Inhalt seines Untersuchungsberichts bzw. an dessen fehlendem Beweiswert für die Beurteilung der Unfallkausalität. Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass eine solche auch nicht aus der von Dr. G.____ gestellten Diagnose "St. n. Sturz am 24. März 2016 mit persistierendem lumbosponylogenen Syndrom links" abgeleitet werden kann. Laut ROCHE LEXIKON (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem „Symptommuster“ manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Mit dem lumbosponylogenen Syndrom hat Dr. G.____ mithin lediglich das vom Beschwerdeführer subjektiv angegebene „Symptommuster“ fassbar gemacht bzw. ausgesagt, dass er persistierende Schmerzen in der unteren Lumbalregion angibt, ohne dass darin ein objektiv erhobener unfallkausaler organischer Befund gesehen werden könnte. Wenn eine versicherte Person vorbringt, sie leide nach wie vor unter Schmerzen, verfängt diese Argumentation nur insofern, als sie damit das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs behauptet. Fortdauernde Schmerzen allein können nicht das Andauern des Kausalzusammenhangs begründen und es obliegt - wie bereits



erwähnt - nicht dem Unfallversicherer zu beweisen, was die Ursache für die Schmerzen sein könnte, wenn es nicht der Unfall ist. Der Schmerzsyndromdiagnose kommt mithin nur hypothetischer Charakter zu (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 848). Eine Statusdiagnose sagt sodann lediglich aus, auf welchen Umstand der heutige Zustand zurückzuführen ist. Über die Unfallrestfolgen wird damit nichts Konkretes ausgesagt. Allein die Tatsache, dass bei einer versicherten Person vor dem geltend gemachten Unfall noch keinerlei Beschwerden im Bereich der LWS bestanden haben, reicht nicht aus, um von einer fortdauernden Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc"; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34 [U 290/06 E. 4.2 mit Hinweisen]; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn 1205).

7.

7.1 Zu prüfen bleibt der in der Beschwerde gestellte Antrag auf unentgeltliche Rechtsverteidigung im Einspracheverfahren (Ziff. 3). Massgebend ist dabei Art. 37 Abs. 4 ATSG. Gemäss dieser Bestimmung wird der gesuchstellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern. Als Voraussetzungen der unentgeltlichen Vertretung gelten kumulativ die finanzielle Bedürftigkeit, die fehlende Aussichtslosigkeit sowie die Erforderlichkeit der Vertretung. Die Konkretisierung der beiden erstgenannten Voraussetzungen erfolgt in prinzipieller Analogie zu den entsprechenden Kriterien im Gerichtsverfahren. Den höheren Anforderungen an eine unentgeltliche Vertretung im Verwaltungsverfahren ist insoweit Rechnung zu tragen, als im konkreten Fall die Erforderlichkeit der Vertretung eingehend zu prüfen ist. Dabei ist auf die Schwierigkeit des Falls und auf die Verfahrensphase abzustellen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 37 N 37 f.). Nach der Konzeption des Gesetzgebers bildet die Erforderlichkeit einer anwaltlichen Vertretung die Ausnahme. In der Regel ist eine anwaltliche Vertretung nach Ansicht des Gesetzgebers also nicht erforderlich. Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2008, 8C_18/2007, E. 5.1).



7.2 Vorliegend ist weder erkennbar noch vom Beschwerdeführer geltend gemacht worden, dass das Einspracheverfahren besondere Anforderungen an ihn gestellt oder besonders komplexe Fragen beinhaltet hätte. Vielmehr beschränkte sich der massgebende Sachverhalt auf die Frage der Unfallkausalität noch bestehender Rückenbeschwerden. Es wäre dem Beschwerdeführer ohne weiteres möglich gewesen, sich in grundsätzlicher Weise gegen die Verfügung zur Wehr zu setzen und auf seine Überzeugung, seine Beschwerden seien nach wie vor unfallkausal, hinzuweisen. Er wäre damit ohne weiteres in der Lage gewesen, ohne Hilfe eines Rechtsanwaltes eine Einsprache gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin zu erheben, zumal eine Einsprache nur minimalsten formalen Anforderungen genügen muss. Eine Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im Einspracheverfahren ist damit zu verneinen. Nachdem auch eine finanzielle Bedürftigkeit des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend ausgewiesen ist, ist auch Ziff. 2 des Einspracheentscheids nicht zu beanstanden.

8.

8.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 29. November 2016 (Suva-act. 48) abzuweisen.

8.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung im vorliegenden Beschwerdeverfahren (Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Publikationsplattform

St.Galler Gerichte



Es werden keine Gerichtskosten erhoben.