

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 11

Entscheid vom 11. September 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin Dr.iur. HSG B._____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. A. _____ (Jg. 1958) war seit dem 1. Januar 1992 bei der C. _____ AG als Produktionsmitarbeiter angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert, als er am 2. März 2018 frühmorgens auf einer Eisfläche ausgerutscht ist und mit Rückenbeschwerden den Arzt aufsuchte. Der behandelnde Arzt attestierte ab dem 2. März 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 9). PD Dr.med. D. _____ (Facharzt Radiologie) gelangte nach einem MR der LWS vom 8. März 2018 zur Beurteilung einer Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss und Bandscheibenkontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits foraminal und L5 beidseits rezessal (Suva-act. 13). Bereits mit Schreiben vom 7. März 2018 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht (Suva-act. 1, 2 und 3).

B. Nachdem A. _____ per 18. Juni 2018 50% arbeitsfähig war, nahm er im Betrieb einen Arbeitsversuch auf, den er am 20. Juni 2018 schmerzbedingt abbrach (Suva-act. 18). Ab dem 21. Juni 2018 bestand wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 19). Im Auftrag der Suva führte Dr.med. E. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) am 3. Juli 2018 eine ZAFAS Untersuchung (zertifiziertes Arbeitsfähigkeitsassessment) durch (Suva-act. 27). Am 16. Juli 2018 gelangte der Kreisarzt med.pract. F. _____ (Facharzt Chirurgie) zur Beurteilung, eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Diskushernie lasse sich ausschliessen; es sei beim Unfallereignis vom 2. März 2018 allenfalls zu einer vorübergehenden nicht richtungsgebenden Exazerbation einer vorbestehenden überwiegend wahrscheinlich durch Verschleiss und Abnutzung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung gekommen; nach sechs Monaten sei der status quo sine erreicht (Suva-act. 30). Hierauf informierte die Suva A. _____ am 4. September 2018 über die Leistungseinstellung per 15. September 2018 (Suva-act. 35). Da sich A. _____ hiermit nicht einverstanden erklärt hat (Suva-act. 43), verfügte die Suva am 27. September 2018 den Fallabschluss und die Leistungseinstellung per 15. September 2018. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 2. März 2018 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 15. September 2018 erreicht (Suva-act. 44).

C. Gegen die Verfügung vom 27. September 2018 erhob A. _____ am 19. Oktober 2018 Einsprache, die von der Suva mit Einspracheentscheid vom 4. Januar 2019 abgewiesen wurde.

D. Am 4. Februar 2019 lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. In Gutheissung der Beschwerde sei der angefochtene Einsprache-Entscheid der Suva vom 4. Januar 2019 aufzuheben und dahingehend abzuändern, als dem Beschwerdeführer aus dem Unfallereignis vom 2. März 2018 die gesetzlichen Leistungen (Taggeld, Heilungskosten, Rente) aus UVG über den 15. September 2019 auszurichten seien.
2. Eventuell sei ein gerichtliches Obergutachten zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch zu entscheiden.
3. Subeventuell sei die Sache zur Beweisergänzung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

E. Mit Vernehmlassung vom 3. April 2019 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 4. Januar 2019.

F. Mit Eingabe vom 5. Juni 2019 nimmt der Beschwerdeführer Stellung zur Suva-Vernehmlassung. Am 17. Juni 2019 ersucht das Gericht den behandelnden Arzt med.pract. G. _____ (Spezialarzt FMH für Innere Medizin) um Zustellung der echtzeitlichen Verlaufsdokumentation ab dem Unfalldatum 2. März 2018, welche dieser dem Gericht am 23. Juni 2019 zustellt (VG-act. 21). Zu diesen neuen Akten nimmt der Beschwerdeführer am 18. Juli 2019 Stellung, die Suva mit Eingabe vom 16. August 2019, wobei beide Parteien an ihren Anträgen festhalten. Zur Eingabe der Suva äussert sich der Beschwerdeführer noch einmal am 23. August 2019. Am 4. September reicht der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Nachdem die Suva das Unfallereignis vom 2. März 2018 sowie ihre Pflicht, für die Unfallfolgen Leistungen zu erbringen, anerkannt hatte, ist strittig und nachfolgend zu prüfen, ob die Suva die Versicherungsleistungen zu Recht per 15. September 2018 eingestellt oder der Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus weiter Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Kör-

per, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

1.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

1.4.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

1.4.2 Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem *status quo sine* der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem *status quo ante* ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des *status quo sine* vor, schliesst dieser das Erreichen des *status quo ante* aus; umgekehrt kann ein *status quo sine* gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbedingten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der *status quo ante* wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2).

1.4.3 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C_181/2009 vom 30.9.2009 Erw. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1). Steht indes aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.).

1.4.4 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 Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. 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 (Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2; 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3, und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

1.5.1 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für

die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. 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.

1.5.2 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. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 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 Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

1.5.3 Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweismwürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

1.6.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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 da-

nach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

1.6.2 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

1.6.3 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

1.6.4 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

1.6.5 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf

ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.6.6 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Suva habe sein rechtliches Gehör verletzt und der Entscheid beruhe auf unzutreffenden bzw. unvollständigen Abklärungen und entsprechend auf unzutreffenden und willkürlichen Schlussfolgerungen.

3.1 Im Rahmen des Einspracheverfahrens habe die Suva eine Beurteilung beim Kreisarzt med.pract. H. _____ eingeholt (Beurteilung vom 17.12.2018), die dann im Einspracheentscheid zitiert werde. Der Beschwerdeführer habe sich weder zum internen Gutachter äussern, noch Fragen stellen können und ebensowenig habe er zur Beurteilung Stellung nehmen können. Damit sei sein rechtliches Gehör verletzt worden. Da med.pract. H. _____ bereits im Sommer 2018 eine kurze Einschätzung abgegeben habe, sei er vorbefasst gewesen; zudem habe er den Beschwerdeführer nie persönlich untersucht, sondern eine Beurteilung allein gestützt auf die Akten abgegeben.

3.2 Nachdem der Beschwerdeführer mit der Einsprache vom 19. Oktober 2018 einen Bericht von med.pract. G. _____ eingereicht hat, ersuchte die Suva den versicherungsinternen Arzt med.pract. H. _____ um eine ärztliche Beurteilung. Es handelt sich dabei nicht um ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG; insbesondere kann der Versicherte den versicherungsinternen Arzt auch nicht ablehnen (vgl. BGE 136 V 117 Erw. 3.3.2.3; BGE 123 V 331). Soweit der Beschwerdeführer die Verletzung von Mitwirkungsrechten im Zusammenhang mit einem Gutachten geltend macht, geht der Vorwurf somit fehl.

3.3.1 Spätestens im Einspracheverfahren (Art. 42 ATSG) hat der Unfallversicherer die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt (BGE 132 V 387 Erw. 4.1; Urteil BGer 8C_738/2014 vom 15.1.2015 Erw. 6.4). Dazu gehört, dass den Verfahrensbeteiligten wesentliche neue Beweismittel vorgängig des Entscheids zur Kenntnis gebracht werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, sich hierzu zu äussern. Stützt sich der Unfallversicherer auf einen im Einspracheverfahren eingeholten versicherungsinternen Arztbericht, hat er dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn die Beurteilung neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (Urteil EGVer U 116/02 vom 10.3.2003 Erw. 1.1 m.V.a. RKUV 1998 Nr. U 309 S. 461 Erw. 4c).

3.3.2 In der ärztlichen Beurteilung vom 17. Dezember 2018 (Suva-act. 54) fasst med.pract. H. _____ den aktenmässigen Verlauf zusammen und kommt zusammenfassend zum selben Schluss wie bereits in der Kurzbeurteilung vom 16. Juli 2018. Wohl fällt die neue Beurteilung in ihrer Begründung ausführlicher aus als die Kurzbeurteilung. Im Kern ist es aber nichts Anderes als deren Bestätigung. Es ergeben sich aus ihr keine neuen Gesichtspunkte, zu welchen dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör hätte gewährt werden müssen. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nicht vor, die ärztliche Beurteilung enthalte grundsätzlich neue Gedanken, welche im Einspracheentscheid übernommen worden seien, wodurch die Begründung der Leistungseinstellung mit jener der angefochtenen Verfügung keineswegs mehr identisch sei. Selbst wenn aber eine Gehörsverletzung zu bejahen wäre, wäre diese keinesfalls schwerwiegend; sie würde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geheilt, da der Beschwerdeführer die Möglichkeit hatte, sich vor Verwaltungsgericht zu äussern, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 Erw. 2.3.2).

3.4 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die ärztliche Beurteilung vom 17. Dezember 2018 basiere nur auf Akten, med.pract. H. _____ habe ihn nie persönlich untersucht, so stellt dies keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar, sondern ist ggfs. im Rahmen der Beweiswürdigung der Beurteilung zu berücksichtigen (vgl. oben Erw. 1.6).

4. Was das Unfallereignis und den Gesundheitsverlauf anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

4.1 Mit Schadenmeldung vom Unfalltag, 2. März 2018 informiert die Arbeitgeberin die Suva, der Beschwerdeführer sei gleichentags um 06.30 Uhr auf einer Eisfläche auf dem Parkplatz ausgerutscht. Als Verletzung wird eine Prellung des Rückens genannt (Suva-act. 1).

4.2.1 Im Arztszeugnis vom 2. Mai 2018 notiert der erstbehandelnde Arzt dipl.med. I. _____ (Facharzt für Innere Medizin), der Beschwerdeführer sei am 2. März 2018 auf Glatteis gerutscht und auf die rechte Körperhälfte gefallen. Die Erstbehandlung habe gleichentags stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei schmerzgeplagt. Ein Röntgen der LWS am Unfalltag habe Frakturen ausgeschlossen; ein MRI LWS zeige eine Diskusprotrusion L4/L5 und L5/S1. Als Diagnose nennt er eine Diskusprotrusion L4/L5, L5/S1 mit Nervenwurzelkompression beids., was unfallbedingt sei. Der Heilungsverlauf könnte durch eine LWS-Skoliose negativ beeinflusst werden (Suva-act. 11).

4.2.2 Dem echtzeitlichen Verlaufseintrag der Erstbehandlung (VG-act. 21; Suva-act. 49 Seite 11 von 14) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer gleichentags um 7 Uhr auf Glatteis vor der Fabrik gerutscht und auf die rechte Körperseite gefallen sei und sich 07.40 Uhr notfallmässig vorgestellt habe. Er beklage seit dem Sturz anhaltende Lumbago rechts, sehr stark. Die Motorik sei eingeschränkt, Klopf-/Druckschmerz bei LWS paravertebral rechts, patellarer Sehnenreflex und Sensibilität beidseits normal, Lasègue rechts positiv, Fersengang möglich, Zehenspitzenengang nicht möglich, Einbeinstand rechtsseitig schmerzhaft. Das Röntgen LWS zeige keine Fraktur, eine dezente LWS-Skoliose.

4.3 Am 5. März 2018 stellt med.pract. G. _____ bei Diagnose Lumbago eine Verordnung für Physiotherapie aus (KG, Massage) mit dem Ziel Analgesie/Entzündungshemmung, Verbesserung der Gelenk- und Muskelfunktion (Suva-act. 5). Weitere Vorordnungen folgten (Suva-act. 15, 24 - 26, 34, 46).

4.4 Am 8. März 2018 erfolgt ein MR der LWS bei Fragestellung nach einer Nervenwurzelkompression. Befund und Beurteilung von PD Dr.med. D. _____ lauten (Suva-act. 13):

Befund

Regelrechte Stellungsverhältnisse bei erhaltenem ventralem und dorsalem Alignment.

Keine fokalen ossären Läsionen. Spitze des Conus medullaris auf Höhe LWK 1. Breitbasige dorsale Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss und bilateralem rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits, sowie leichtgradiger foraminaler Enge beidseits, zusätzlich bedingt durch hypertrophe Ligamenta flava bei Facettengelenksarthrosen, und möglicher Affektion der Nervenwurzel L4 beidseits, rechts mehr als links. Keine Spinalkanalstenose.

Beurteilung

Diskusprotrusion LWK 4/5 mit annulus fibrosus Einriss und Bandscheibenkontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits foraminal und L5 beidseits rezessal.

4.5 Gemäss Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 9. März 2018 bestand für die Zeit vom 2. März bis 1. April 2018 volle Arbeitsunfähigkeit; am 2. April 2018 könne die Arbeit voraussichtlich wieder aufgenommen werden (Suva-act. 10). In der Folge wurden dann aber weitere 100%-AUF-Zeugnisse ausgestellt (Suva-act. 9).

4.6.1 Am 12. April 2018 ersucht med.pract. G. _____ Dr.med. J. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) um ein neurochirurgisches Konsil und ggf. Therapieevaluation bei NPP [= Nucleus-pulposus-prolaps = Bandscheibenvorfall] L4/5 und protrahiertem neuro-radikulärem Schmerzsyndrom, jedoch unter konservativer Therapie regredient (Suva-act. 12).

4.6.2 Dr.med. J. _____ untersuchte den Beschwerdeführer am 29. Mai 2018 (Suva-act. 28). Er berichtet med.pract. G. _____:

Diagnose

Lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts bei rezessaler Stenose L4 / 5 rechts

Anamnese

Im März Sturz aus zwei Metern Höhe, in der Folge, bei hypoplastischem Wirbel und Diskusprotrusion, Schmerzzustand rechts, welcher auf die angeschlagene Therapie nicht zurückging. Der Patient ist in seinem handwerklichen Beruf zu 100% arbeitsunfähig geschrieben.

Befund

Deutlicher Hartspann rechts, Inklination und Reklination mit deutlichen Schmerzen, neurologisch unauffällig.

Radiologischer Befund

MR / LWS 08.03.2018: Das MRI zeigt als Hauptbefund einen hypoplastischen Wirbel L5 mit Anulusriss L4/5 und konsekutiver Wurzelkompression L5 rechts auf Höhe L4/5.

Beurteilung und Prozedere

Wir werden nun eine epidurale Infiltration diagnostisch therapeutisch durchführen. Der Patient soll dann in zwei Wochen die Arbeit zu 50% wieder aufnehmen und in vier Wochen wieder zu 100%. Weitere Therapieschritte sind nicht indiziert.

Dr.med. J._____ attestierte ab dem 1. bis 15. Juni 2018 weiterhin volle Arbeitsunfähigkeit, ab dem 16. bis 29. Juni 2018 50% (Suva-act. 17). Aus dem Verlaufseintrag des Hausarztes vom 4. Juni 2018 zeigt sich, dass die zwei Infiltrationen ohne Effekt waren (VG-act. 21).

4.7 Ab 18. Juni 2018 arbeitete der Beschwerdeführer wieder halbtags im Betrieb. Da er gemäss Arbeitgeberin keine 50%ige Arbeitsleistung gezeigt habe, habe man ihm aufgetragen, sich vom Arzt eine 75%-AUF attestieren zu lassen. Ab dem 21. Juni 2018 sei er dann wieder vollständig arbeitsunfähig gewesen (Suva-act. 18). Med.pract. G._____ attestierte bis 17. Juni 2018 100% AUF, ab 18. Juni 2018 50% AUF und ab 21. Juni 2018 bis 1. Juli 2018 100% AUF (Suva-act. 19).

4.8 Am 29. Juni 2018 erfolgte durch Dr.med. K._____ eine Untersuchung der Hände, da der Beschwerdeführer Schmerzen beklagte (vgl. Verlaufseintrag des Hausarztes vom 22.5.2018: Objektiv neu: unspezifische KG-Beschwerden und Handgelenke, Herberden Arthrose; VG-act. 21). Dr.med. K._____ schloss Unfallfolgen aus (Suva-act. 23), was von der Suva übernommen (Suva-act. 30) und vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde. Handbeschwerden bilden denn auch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens.

4.9 Ebenfalls am 29. Juni 2018 fand eine weitere Sprechstunde bei Dr.med. J._____ statt (Suva-act. 29). Der Beschwerdeführer habe einen Arbeitsversuch gestartet, nach ca. drei Tagen bei grossem Leidensdruck infolge rechtsseitiger lumbosakraler/lumboradikulärer Schmerzen mit auch Ausstrahlungen nach kranial wieder abgebrochen. Er erhob als Befund ein leicht inkliniertes Gangbild, deutliche Schmerzen auf Spina iliaca rechts projiziert mit Ausstrahlungen bei Reklination. Zehenspitzen- und Fersengang seien gut möglich. Gemäss Dr.med. J._____ würden die monierten Beschwerden noch immer durch die rezessalen Stenosen L4/5 ausgelöst, so dass er weitere vier Wochen arbeitsunfähig sei. Der Beschwerdeführer solle weiterhin Physiotherapie machen, für weitere vier Wochen NSAR einnehmen. Die Infiltration habe keine langfristige Wirkung gezeigt. Eine chirurgische Therapie konnte Dr.med. J._____ nicht empfehlen. Bezüglich der Arbeit sei er der Meinung, dass unter diesen Umständen eine leichte Tätigkeit gefunden werden müsste.

4.10 Am 26. Juni 2018 erteilte die Suva Dr.med. E. _____ den Auftrag für eine ZAFAS-Untersuchung (Suva-act. 21). Diese erfolgte am 3. Juli 2018 (Suva-act. 27). Als Diagnosen nennt Dr.med. L. _____:

Rückenbeschwerden nach Sturz aus 2 Meter Höhe im März 2018 bei aktuell lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts

- 8.3.2018 MRI LWS: Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss und Bandscheibenkontakt L4 bds foraminal und L5 bds rezessal
- linkskonvexe LWS Skoliose
- Juni 2018 epidurale Infiltration

Arterielle Hypertonie

Der Beschwerdeführer sei am 2. März 2018 auf Glatteis ausgerutscht und auf die rechte Körperhälfte gefallen; er habe kaum aufstehen können, habe Hilfe benötigt und sei dann zum Hausarzt gegangen. Früher habe er eigentlich keine Rückenschmerzen gehabt. Er sei zu Dr.med. J. _____ geschickt worden, wo eine Infiltration ohne Erfolg durchgeführt worden sei. Aktuell klage der Beschwerdeführer über neu nun ausstrahlende Schmerzen vom Rücken rechts entlang dem lateralen Oberschenkel und Unterschenkel lateral und dorsal. Die Kraft sei gut, Stuhlgang und Wasserlösen seien kein Problem.

Als Befund dokumentiert Dr.med. L. _____ einen hinkenden Gang. Eine Druckdolenz im Bereich des rechten Iliosakralgelenks, Hartspann der gesamten Beinmuskulatur rechtsbetont. Sensibilitätsstörung im Dermatome L5/S1. Der Achillessehnenreflex rechts sei nicht auslösbar, auch mit Bahnung nicht erfolgreich. Der Patellarsehnenreflex sei symmetrisch. Beim nach vorne Beugen bestehe ein 50cm Fingerbodenabstand. Lasègue beidseits bei 20°. Unter Therapie notierte Dr.med. L. _____ Analgesie wie bisher sowie Physiotherapie wie verordnet.

Dr.med. L. _____ gelangte zur Beurteilung:

Durch den Sturz kam es zu einer Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss, mit einem Schmerzzustand rechts. Unter Analgesie und Physiotherapie kam es zu keiner wesentlichen Besserung, so dass der Wirbelsäulenchirurg Dr. J. _____ zugezogen wurde. Eine initiale Infiltration brachte auch nicht den gewünschten Erfolg. A. _____ leidet nach wie vor an einem starken lumboradikulären Schmerzsyndrom. Es wurde nochmals eine Arbeitsfähigkeit [sic] für 4 Wochen ausgestellt und eine fachärztliche Kontrolle im Anschluss. In der Zwischenzeit wird nochmals intensiv Physiotherapie durchgeführt. Dies ist zu unterstützen und wir hoffen auf Erfolg. Ich denke, dass auf Grund des strengen Jobprofils ein Einstieg in den alten Job schwierig werden wird. Es ist wahrscheinlich eine leichtere Tätigkeit zu suchen.

4.11 Auf die Frage der Suva an den Kreisarzt, ob es sich bei den heutigen Beschwerden mindestens überwiegend wahrscheinlich um Folgen aus dem Ereignis vom 2. März 2018 handle, urteilte Kreisarzt med.pract. H. _____ am 16. Juli 2018 bezogen auf die Rückenbeschwerden, das Unfallereignis, der Verlauf

sowie die MR-Morphologie liessen eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Diskushernie ausschliessen, sodass davon auszugehen sei, dass es beim Unfallereignis vom 2. März 2018 allenfalls zu einer vorübergehenden nicht richtungsgebenden Exazerbation einer vorbestehenden überwiegend wahrscheinlich durch Verschleiss und Abnutzung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung gekommen sei. Rekonvaleszenz ad Status quo sine 6 Monate (Suva-act. 30).

4.12 Am 17. August 2018 attestierte Dr.med. J. _____ dem Beschwerdeführer weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 25. November 2018 (Suva-act. 32).

4.13 Am 23. August 2018 wird am Spital M. _____ ein weiteres MR der LWS nativ erstellt bei klinischer Angabe "Verlaufskontrolle NPP [=Nucleus-pulposusprolaps = Bandscheibenvorfall] LWK 4/5 mit Radixkontakt beidseits vom 8.3.2018. Persistierende radikuläre Schmerzen rechts. Verlaufskontrolle." Dr.med. N. _____ (Facharzt Radiologie) berichtet dem Hausarzt (Bf-act. 5):

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 08.03.2018

Stationäre Darstellung der dorsalen Diskusprotrusionen LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Riss und diskogenem Kontakt zu beiden L4 Wurzeln (foraminal) und L5 Wurzel (rezessal). Nach wie vor keine Kompression.

4.14 Mit der Einsprache reichte der Beschwerdeführer ein als "Hausarztbericht" betitelttes Schreiben von med.pract. G. _____ an seine Rechtsvertreterin vom 27. September 2018 ein (Suva-act. 49). Demgemäss sei der Beschwerdeführer am 2. März 2018 auf dem Werksgelände gegen 7 Uhr auf vereistem Untergrund ausgerutscht und ungebremst auf die rechte Körperhälfte / untere Wirbelsäule aufgeprallt. Er habe sich nur mühsam und schmerzgeplagt mit Fremdhilfe bereits vor Sprechstundenbeginn gegen 7.40 Uhr in der Praxis vorgestellt. Die Notfalluntersuchung habe dem Frakturausschluss und der Schmerztherapie gegolten. Das MRI vom 8. März 2018 habe den in erster Linie relevanten Grund des Schmerzgeschehens gebracht, nämlich einen akuten Bandscheibenvorfall in Höhe L5/5 [recte L4/5] links [recte beidseits] mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 und L5 links [recte beidseits]. Auch nach mehreren neurochirurgischen Konsilien, zuletzt am 22. August 2018, habe keine zwingende neurochirurgische Behandlungsoption bestanden. Der Beschwerdeführer sei noch immer weder schmerzfrei noch arbeitsfähig. Ein Arbeitsversuch habe wegen Nervenschmerzzunahme LWS und rechtes Bein abgebrochen werden müssen; dem Beschwerdeführer könne keine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorgeworfen werden. Auch Dr.med. L. _____ bestätige vollumfänglich die weitere Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt noch bis 25. November 2018 und die Behandlungsnotwendigkeit. Die Suva teile

ohne weitere ärztliche Expertise oder Begutachtung mit, sie stelle die Leistungen nach sechs Monaten ein, was doch einigermaßen willkürlich erscheine, stehe doch in keinem medizinischen Lehrbuch, dass alle Bandscheibenvorfälle nach sechs Monaten geheilt seien bzw. der status quo ante erreicht sein solle. Er, med.pract. G._____, versichere, dass er den Beschwerdeführer seit 2012 kenne und ihn nie wegen Bandscheibenleiden behandelt habe. Er begrüße die Aussage von Dr.med. L._____, wonach wohl ein leichterer Job anzustreben sinnvoll sei.

4.15 Am 19.2.2019 wird im Spital M._____ ein weiteres MR der LWS erstellt bei klinischer Angabe "Verlaufskontrolle zu 08/2018, Diskusprotrusion LWK 4/5, Schmerz radikulär rechts" (Bf-act. 8). Dr.med. P._____ (Facharzt Radiologie FMH) hält als Befund und Beurteilung fest:

Befund

Harmonisches ventrales und dorsales Alignment. Keine höhengeminderten Wirbelkörper. Conus medullaris auf Höhe LWK 1 endend. Keine Myelopathie.

LWK 1-3: Keine Spinalkanalstenose. Keine Nervenwurzelaffektion.

LWK 3/4: Keine Spinalkanalstenose. Leichtgradige rezessale Enge mit enger Lagebeziehung zu den Nervenwurzeln L4 bds rezessal.

LWK 4/5: Dehydrierte Bandscheibe mit bekanntem Anulus fibrosus Riss. Hypertrophie der Ligg. flava. Minimale foraminale Enge beidseits mit knapp Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits sowie diskrete rezessale Enge mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits.

LWK 5/SWK1: Keine foraminale Enge. Keine Spinalkanalstenose.

Beurteilung

Verglichen mit der Voruntersuchung vom 23.08.2018 stationärer Befund mit bekanntem Anulus fibrosus Riss LWK 4/5 mit foraminal Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits sowie rezessal Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits.

4.16 Nach der Sprechstunde vom 22. Februar 2019 berichtet Dr.med. J._____ dem Hausarzt am 25. Februar 2019 (Bf-act. 11):

Diagnosen

Lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit/bei:

- Anulusriss und subligamentärer Diskushernie sowie rezessale Stenose L4/5 bei hypoplastischem Wirbel S1 und Anulusriss ventral und dorsal

Anamnese

Der Patient leidet nach wie vor an massiven rechtsseitigen Schmerzen mit Ausstrahlung entlang dem Dermatome L5. Bei dem Patienten scheiterte ein Arbeitsversuch. Körperliche Aktivitäten könne er nicht ausüben. Wenn er in Ruhe ist und wenig macht, könne er dann mit dem Schmerz leben.

Untersuchungsbefund

Deutlicher paravertebraler Hartspann rechts. Deutliche Schmerzangabe bei In- und Reklination.

Beurteilung und Procedere

Die vom Patienten monierten Beschwerden werden auch im Verlaufs MRI nach wie vor durch den Anulusriss, der subligamentären Hernie und rezessalen Stenose ausgelöst. Es zeigt sich sicherlich eine verminderte Belastbarkeit einerseits durch die Hypoplasie, anderer Seits der durch das Trauma entstandene Anulusriss und die subligamentäre Hernie, sodass man davon ausgehen kann, dass die Problematik die der Patient heute noch ursächlich durch den Unfall bedingt ist.

A. _____ ist nach wie vor in seiner angestammten Tätigkeit, wo er schwer heben muss zu 100% arbeitsunfähig. In einer einfachen Tätigkeit wäre er unter Umständen integrierbar langfristig, wobei es schwierig ist den Patienten nach langjähriger Tätigkeit in seinem strengen Beruf, wieder im Berufsleben zu integrieren. Man müsste an und für sich eine Lösung finden über die nächsten Jahre, um den Patienten allenfalls vorzeitig zu berenten.

4.17 Im Hausärztlichen Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 24. Februar 2019 verweist med.pract. G. _____ auf seinen Vorbericht vom 27. September 2018 (vgl. oben Erw. 4.14). Der Beschwerdeführer sei nach wie vor schmerzgeplagt, bewegungseingeschränkt und leidend. Er benötige noch immer Dauermedikation und physikalische Massnahmen in Form von Krankengymnastik und Wassertherapie. Der MR-Befund vom 19. Februar 2019 dokumentiere klar, dass durch den erlittenen Bandscheibenriss L4/5 insgesamt vier Nervenwurzeln kompromittiert, d.h. eingeeengt und schmerzhaft seien. Dr.med. J. _____ habe anlässlich des letzten Konsils vom 22. Februar 2019 explizit eine unfallbedingte AUF bis 31. Mai 2019 verlängert. Ihm erschliesse sich nicht, warum die von der Suva anerkannte Unfallfolgeerkrankung nach sechs Monaten abrupt ende und unter Schicksal, gewöhnlichem Altersverlauf abgelegt werde.

4.18 In einem weiteren Schreiben an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 21. April 2019 hält der Hausarzt gegen die Beurteilung von PD Dr.med. Q. _____, wonach aufgrund der bildgebend bestätigten degenerativen Veränderungen der LWS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen mehr vorlägen, fest, man könne genauso gut schlussfolgern, dass dann, wenn degenerative Abnützungerscheinungen im Bereich eines verunfallten Organs, hier der LWS, vorliegen, sich dann der Rehabilitationsprozess eben verzögere. Unabhängig vom Einzelfall schein die Suva und ihre Gutachter immer gleich von sechs Monaten auszugehen (Bf-act. 13).

4.19 Dr.med. J. _____ berichtete dem Hausarzt am 10. Mai 2019 über die Sprechstunde des Vortages bei Diagnose Lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit/bei Anulusriss und subligamentärer Diskushernie sowie rezessale Stenose L4/5 bei hypoplastischem Wirbel S1 und Anulusriss ventral und dorsal, dass die Infiltration kurz geholfen habe, anschliessend sei der Leidensdruck wieder gekommen mit nach wie vor unveränderten Schmerzen. Er sei nach wie vor

der Meinung, dass auch ein Anulusriss und eine subligamentäre Hernie bei präexistierendem hypoplastischem Wirbel und auch Bandscheibendegeneration unfallbedingt erscheinen könne, sodass unter Umständen die Situation auch versicherungstechnisch sicherlich nochmals angeschaut werden müsse. Grundsätzlich sei bei dieser Schmerzproblematik der Patient nun in einem chronifizierten Stadium und sicherlich auch fixiert und frustriert über diesen Versicherungskampf, sodass man auch mittel- und langfristig hier auf eine Wiederintegration sicherlich schlechte Aussichten habe. Der Beschwerdeführer werde weiterhin nach Massgaben der Beschwerden belasten und ein Kräftigungsprogramm durchführen. Eine Infiltration mache wenig Sinn; eine chirurgische Therapie sei hier ebenfalls nicht indiziert (Bf-act. 14).

4.20 Nach dem Eintrag der Erstbehandlung vom 2. März 2018 (vgl. oben Erw. 4.2.2) ergibt sich aus den vom Hausarzt dem Gericht zugestellten Verlaufseinträgen (VG-act. 21), dass nach der Erstbehandlung alle paar Tage Konsultationen stattfanden, meistens für eine Elektro-Therapie (ET); ein Befund wurde anfänglich immer, später 14tägig oder monatlich erhoben. Es zeigen sich wenig Veränderungen (Lasègue-Zeichen re positiv, unspezifisch, kein sicherer Lasègue, Pseudolasègue; PSR von schwach bis eher überschüssend, ASR normal bis abgeschwächt), der Status wird vorerst als regredient, später als gleichbleibend (Status idem) beschrieben. Am 11. Juli 2018 wird 'vier Monate posttraumatisch' notiert, es bestehe noch endgradig ein Lasègue rechts, am 20. Juli 2018 beidseits endgradig unspezifischer Lasègue. Anschliessend wird nur noch "Status idem" dokumentiert.

4.21.1 Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte die Suva den Kreisarzt med.pract. H. _____ um eine ärztliche Beurteilung, welche dieser am 17. Dezember 2018 abgab (Suva-act. 54). Aus der Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs sowie der Vorlage an den Kreisarzt (Suva-act. 50) ist zu schliessen, dass ihm wohl der Hausarztbericht vom 27. September 2018 (als Teil der Einsprache) nicht aber das Verlaufs-MRI vom 23. August 2018 vorlag. Der Kreisarzt nimmt auf beide Unterlagen keinen Bezug.

Med.pract. H. _____ betont, dass es für einen traumatischen Bandscheibenvorfall einer erheblichen Gewalteinwirkung wie zum Beispiel Sturz aus grosser Höhe oder unter schwerer Gewichtbelastung kommen müsse. Zusätzlich bedürfe es weiterer überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler struktureller Läsionen wie zum Beispiel Fraktur im Bereich des betroffenen Wirbelkörpers oder Zerreissung und Verletzung der paravertebralen ligamentären und muskulären Strukturen. All diese Entitäten hätten im relativ zeitnah durchgeführten MRI nicht festgestellt werden können. Das Unfallereignis sei, wie in bekannten wissenschaftlich fun-

derten Studien nachgewiesen, biomechanisch nicht in der Lage, einen traumatischen Bandscheibenvorfall zu verursachen. Warum Dr.med. L. _____ in seiner ZAFAS-Beurteilung einen Sturz aus zwei Meter Höhe beschreibe und zur Beurteilung gelangt sei, dass es durch den Sturz zu einer Diskusprotrusion LWK 4/5 mit Anulus fibrosus Einriss gekommen sei, entziehe sich seiner Kenntnis, zumal sowohl in der Schadenmeldung als auch dem Arzzeugnis UVG ein Ausgleiten auf Glätteis mit Sturz auf die rechte Körperhälfte beschrieben werde.

Das Unfallereignis, der Verlauf sowie die MR-Morphologie liessen eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Diskushernie ausschliessen. Es sei davon auszugehen, dass es beim Unfallereignis vom 2. März 2018 allenfalls zu einer vorübergehenden, nicht richtungsgebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden überwiegend durch Verschleiss und Abnützung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung eines 59-jährigen Versicherten gekommen sei. Mit einer Behandlungsdauer von sechs Monaten nach Unfallereignis sei der status quo sine anzunehmen.

4.21.2 Im Rahmen des Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahrens holte die Suva versicherungsintern bei PD Dr.med. Q. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Leiter Fachgruppe Chirurgie) eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung ein (Suva BG-Bel. 1). Die Beurteilung vom 5. März 2019 (Suva BG-Bel. 1) ergänzte PD Dr.med. Q. _____ am 29. März 2019, nachdem ihm die Berichte von Dr.med. P. _____ zum Verlaufs-MRI vom 19. Februar 2019 (oben Erw. 4.15), med.pract. G. _____ vom 24. Februar 2019 (oben Erw. 4.17) und Dr.med. J. _____ vom 25. Februar 2019 (oben Erw. 4.16) vorgelegt wurden (Suva BG-Bel. 2).

In seiner Beurteilung vom 5. März 2019 hebt PD Dr.med. Q. _____ als wesentliche Aussagen der ärztlichen Berichte hervor, dass im Verlaufs-MRI vom 23. August 2018 (oben Erw. 4.13) eine Kompression nach wie vor ausgeschlossen werde, mithin eine biomechanisch durch die Bandscheibe bedingte Pathologie verneint werde. Dr.med. J. _____ stelle die Diagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 rechts bei rezessaler Stenose L4/5 rechts und dokumentiere als klinischen Befund "Deutlicher Hartspann rechts, Inklination und Reklination mit deutlichen Schmerzen, neurologisch unauffällig", womit Dr.med. J. _____ eine unspezifische Muskelverhärtung und schmerzhaftes Vor- und Rückneigen ohne neurologische Ausfälle festgestellt habe.

Dr.med. J. _____ stelle die Diagnose einer rezessalen Stenose L4/5. Unter einer Rezessusstenose verstehe man die vornehmlich durch eine Hypertrophie der Facettengelenke degenerativ, also durch Folgen einer Arthrose dieser Gelenke bedingte Verengung des anatomischen Raumes. Abhängig von der Wir-

belsäulenetage seien bestimmte Nervenwurzeln vertreten, die eine entsprechende spezifische Symptomatik zur Folge habe. Seinerseits bestätigt PD Dr.med. Q._____ aufgrund des MRI vom 8. März 2018 degenerative Veränderungen mit deutlicher Hypertrophie der Facettengelenke L4/5. Eine radikuläre Genese könne bei gemäss Dr.med. J._____ klinisch unauffälliger Neurologie jedoch lediglich aufgrund des Schmerzausbreitungsmusters vermutet werden. Mit den im Bericht vom 1. Juni 2018 (zur Untersuchung vom 29.5.2018; oben Erw. 4.6.2) dokumentierten Informationen sei die Diagnose eines lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 rechts allerdings nicht zu begründen. Hingegen führt PD Dr.med. Q._____ aus, eine Arthrose der kleinen Facettengelenke könne unabhängig von einer allfälligen Beteiligung der Nervenwurzeln, invalidisierende Beschwerden verursachen. Gemäss PD Dr.med. Q._____ spreche sodann der Bericht zur Erstkonsultation mit eingeschränkter Motorik und nicht möglichem Zehenspitzen- und Fersengang nicht für eine Affektion der angeschuldigten Nervenwurzel L5, sondern für einen Ausfall der Wurzel S1. Gemäss Dr.med. J._____ sei am 29. Juni 2018 Zehenspitzen- und Fersengang gut möglich gewesen. Dr.med. L._____ diagnostiziere nur vier Tage später Rückenbeschwerden (...) bei aktuell lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts und dokumentiere mit "Achillessehnenreflex rechts nicht auslösbar" aber ebenfalls einen auf die Wurzel S1 hinweisenden Befund. Zudem betont PD Dr.med. Q._____, anamnestisch nenne Dr.med. J._____ zwar einen Sturz aus zwei Metern Höhe, gehe aber nachvollziehbar von einer degenerativ bedingten Genese aus und diskutiere keinerlei strukturelle Schäden. Die durch Dr.med. J._____ als Hauptbefund im MRI vom 8. März 2018 angegebene Hypoplasie des fünften Lendenwirbels (vgl. oben Erw. 4.6.2) lasse sich allenfalls als im Vergleich zu den benachbarten Wirbeln etwas kleiner dimensionierte Anatomie nachvollziehen, damit werde jedoch keine Traumafolge beschrieben.

Mit Hinweisen auf die Literatur hält PD Dr.med. Q._____ sodann fest, der von den Radiologen als Anulusriss bezeichnete Befund (vgl. oben Erw. 4.4 und 4.13) gründe auf einer umschrieben erhöhten Signalintensität in der T2-Wichtung, die als High Intensity Zone HIZ beschrieben werde und welche auf eine mögliche Pathologie des Anulus fibrosus hinweisen könne. In der Literatur werde die klinische Bedeutung dieser bildgebenden Auffälligkeit kritisch diskutiert und zum Teil als oft überbewertet eingeschätzt; von den meisten Autoren werde die HIZ als Manifestation einer Bandscheibendegeneration interpretiert. Dem MRI-Befund einer HIZ sei, trotz der häufig geübten Interpretation als Anulusriss, keine traumatische Genese zugrunde zu legen, sondern Bedeutung als Zeichen des normalen Alterungsprozesses beizumessen.

Auch wenn Dr.med. J._____ die Diagnose eines symptomatischen Bandscheibenvorfalles nicht stelle, setzt sich PD Dr.med. Q._____ doch damit auseinander, nachdem etwa der Hausarzt oder der ZAFAS-Bericht diesen bildgebenden Befund in einen kausalen Zusammenhang mit den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. März 2018 stellen würden. Es herrsche Einigkeit, dass es sich bei der Entstehung eines symptomatischen Bandscheibenvorfalles lediglich um den letzten Schritt eines über lange Zeit in der Regel stumm sich entwickelnden Vorganges handle. Die Beurteilung der Unfallkausalität eines Bandscheibenvorfalles müsse vor dem Hintergrund erfolgen, dass die Bandscheibendegeneration einem physiologischen Prozess entspreche, der früher oder später im Leben symptomatisch werden könne. Das zeitliche Zusammenfallen von Rückenschmerz und einer auffälligen Bildgebung sei daher nicht automatisch auch Ausdruck eines kausalen Zusammenhangs.

Schliesslich diskutiert PD Dr.med. Q._____ die MRI-Befunde. Das MRI vom 23. August 2018 zeige im Vergleich zur Voruntersuchung vom 8. März 2018 in weitestgehend unveränderter Ausprägung unfallfremd degenerativ bedingte Befunde der LWS. Bemerkenswert sei die Feststellung von Dr.med. N._____, der mit dem Befund "nach wie vor keine Kompression" eine biomechanisch durch die Bandscheibe bedingte Affektion der Nervenwurzel verneine. Auch der Befund von PD Dr.med. D._____ (breitbasige dorsale Diskusprotrusion LWK 4/5 mit ... Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits) schliesse eine Kompression nicht zwingend ein. Und die "hypertrophen Ligamenta flava bei Facettengelenksarthrosen" würden auf die von Dr.med. J._____ nachvollziehbar gestellte Diagnose einer Rezessus-stenose hinweisen.

Abschliessend kommt PD Dr.med. Q._____ zum Schluss, infolge des Geschehens vom 2. März 2018 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine strukturellen Verletzungen eingetreten. Unfallfolgen lägen nach sechs Monaten mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr vor.

Im ergänzenden Bericht vom 29. März 2019 stimmt PD Dr.med. Q._____ dem Befund des nachgereichten MRI-Befundes vom 19. Februar 2019 zu. Der radiologische Verlauf mit stationärem Befund verwundere nicht, sei doch der beschriebene Befund Ausdruck eines degenerativen Geschehens bei einem inzwischen 61-Jährigen; eine Degeneration bilde sich nicht zurück. Hinweise auf strukturelle Verletzungen ergäben sich aus dem jüngsten Befund ebenso wenig wie aus den beiden vorangegangenen Untersuchungen. Zudem setzt sich PD Dr.med. Q._____ mit dem Bericht von Dr.med. J._____ zur Konsultation vom 22. Februar 2019 (oben Erw. 4.16) auseinander. Der klinische Befund zeige im Vergleich keine Änderung, bleibe ohne dokumentierte neurologische Ausfälle

weiterhin unspezifisch. Ohne entsprechende Neurologie lasse sich die Affektion einer Nervenwurzel nur aufgrund der Schilderung des subjektiven Empfindens vermuten. Sodann entbehre die Aussage, eine verminderte Belastbarkeit zeige sich einerseits durch die Hypoplasie und andererseits durch das Trauma entstandene Anulusriss und die subligamentäre Hernie, sodass man davon ausgehen könne, dass die Problematik ursächlich durch den Unfall bedingt sei, jeder publizierten Evidenz. Die Wirbelhypoplasie sei unstrittig nicht Folge des Unfalles vom 2. März 2018. Bemerkenswert sei, dass Dr.med. J._____ am 1. Juni 2018 den fünften Lendenwirbel L5 als hypoplastisch identifiziert habe, im jüngsten Schreiben diesen Befund für den ersten Kreuzwirbel S1 erhebe. Die neuen Berichte würden keine neuen Argumente für eine strukturelle Verletzung infolge des Unfalles vom 2. März 2018 liefern. Diese Beurteilung bestätigt PD Dr.med. Q._____ auch am 13. August 2019, nach Vorlage des Schreibens Dr.med. J._____ vom 10. Mai 2019 (oben Erw. 4.19). Und schliesslich bestätige med.pract. G._____ mit seiner Aussage, dass sich bei einem degenerativen Vorzustand eben der Rehabilitationsprozess verzögere (vgl. oben Erw. 4.18) die versicherungsmedizinische Einschätzung, dass das Unfallereignis vom 2. März 2018 lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes zur Folge hatte. Dem konkreten Einzelfall sei bereits in der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. Dezember 2018 (oben Erw. 4.21.1) Rechnung getragen worden.

4.22 Am 27. August 2019 erfolgte ein neuer Bericht des Hausarztes med.pract. G._____, zusammen mit dem Befund eines neuen Verlaufs-MRIs der LWS vom 19. August 2019. Gemäss Hausarzt ist damit die Beurteilung von PD Dr.med. Q._____ resp. der Suva überholt. Das jüngste Verlaufs-MRI zeige, dass sich die Bandscheibenproblematik eher verschlimmert habe. Die Beurteilung des Verlaufs-MRI lautet: "Verglichen mit der Voruntersuchung vom 19.2.2019 marginal progrediente Diskusprotrusion LWK 4/5 bei vorbestehendem Anulus Riss mit Kontakt zur L4 Nervenwurzel neuroforaminal und etwas betonter der L5 Nervenwurzel rezessal".

5.1 Die Suva stellte in ihren Entscheiden wesentlich auf die Berichte ihrer versicherungsinternen Ärzte ab. Diesen kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Bestehen indes auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. oben Erw. 1.6.4).

5.2 Soweit der Beschwerdeführer die Rechtmässigkeit der vorinstanzlichen Entscheide bestreitet, weil die versicherungsinternen Beurteilungen allein gestützt auf Akten erfolgt sind und keine persönliche Untersuchung durchgeführt worden sei, so kann dem nicht gefolgt werden.

Der Beschwerdeführer wurde am Unfalltag erstmals untersucht; auch wurde zeitnah ein erstes MRI erstellt. Weitere Untersuchungen folgten in kurzen Abständen, ebenso zwei weitere Verlaufs-MRI. Die Anamnese ist gut dokumentiert, ebenso die erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde. Dabei liegen keine Widersprüche vor; auch die versicherungsinternen Berichte widersprechen den erhobenen Befunden nicht, bestätigen diese teils explizit. Strittig ist denn auch nicht der medizinische Sachverhalt. Unterschiedlich bewertet wird einzig die Frage der Unfallkausalität. In einem solchen Fall ist es aber nicht notwendig, dass eine versicherungsinterne ärztliche Beurteilung auf einem persönlichen Untersuchung basiert. Die Beurteilung kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwägen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich machen (vgl. oben Erw. 1.6.5).

5.3.1 Nach der Rechtsprechung entspricht es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil BGer 8C_834/2018 vom 19.3.2019 Erw. 3.3). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie 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) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (SVR 2009 UV Nr. 41, 8C_1020/2008 vom 8.4.2009 Erw. 4.1).

5.3.2 Bezüglich der dauerhaften Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteile BGer 8C_811/2012 vom 4.3.2013 Erw. 5; U 555/06 vom 10.12.2007 Erw. 4.2.2, U 163/05 vom 3.10.2005 Erw. 3.1). Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Bei einem Unfall ohne strukturelle Läsion am Achsenskelett ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen. Allgemein kann eine Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen,

wobei es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung handelt. Die ausgelösten Beschwerden müssen innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Lendenwirbelsäulenbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben. Für spätere Rezidive hat die Unfallversicherung nur einzustehen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_755/2018 vom 11.2.2019 Erw. 4.4.3).

5.3.3 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 (vgl. oben Erw. 1.4.3). Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann in solchen Fällen 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 in der Regel nach sechs bis neun Monaten, und bei Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes, spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteile BGer 8C_834/2018 vom 19.3.2019 Erw. 3.3; 8C_17/2017 vom 4.4.2017 Erw. 2.3; SVR 2009 UV Nr. 1, 8C_677/2007 Erw. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen).

5.4.1 Was das Unfallereignis vom 2. März 2018 anbelangt, so fällt auf, dass einzig Dr.med. J._____ in der Anamnese seines Berichts vom 1. Juni 2018 und Dr.med. L._____ in der Diagnoseliste seines Berichts zur ZAFAS-Untersuchung von einem Sturz aus zwei Metern Höhe sprechen. Da Dr.med. L._____ mehrmals auf die Berichte von Dr.med. J._____ verweist und diese seinem Bericht beilegt, muss angenommen werden, dass er den Sturz aus 2 Meter Höhe aus dem Bericht von Dr.med. J._____ übernahm. Unter "Jetziges Leiden" auf jeden Fall erwähnt Dr.med. L._____ diesen Unfallhergang nicht mehr, sondern beschreibt ein Ausrutschen auf Glatteis und Fallen auf die rechte Körperhälfte, wie es der Schadenmeldung und den übrigen Arztberichten entspricht. Für einen Sturz aus grösserer Höhe fehlen denn auch jegliche weitere Hinweise. Auch der Beschwerdeführer selber beschreibt in seiner Beschwerde vom 4. Februar 2019, er sei am 2. März 2018 auf dem Weg zur Arbeit auf dem Werkgelände auf Glatteis ausgerutscht und dabei ungebremst auf die rechte Körperhälfte / untere Wirbelsäule gefallen. Es ist damit von dem so umschriebenen Unfallhergang auszugehen und nicht von einem Sturz aus zwei Metern Höhe.

5.4.2 Das Ausrutschen auf Glätteis und ungebremste Hinfallen auf die rechte Körperhälfte / untere Wirbelsäule stellt kein schweres Unfallereignis dar, das auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Daran ändert die Tatsache nichts, dass der Beschwerdeführer nach dem Sturz die Arbeit nicht aufnahm, umgehend einen Arzt aufsuchte und über starke lumbale Schmerzen klagte. Solche Schmerzen mit Arbeitsunfähigkeit können auch durch eine unfallbedingte Aktivierung eines stummen Vorzustandes entstehen. Damit eine unfallbedingte Diskushernie angenommen werden könnte, muss auch das Unfallereignis selber von besonderer Schwere sein. Es muss von Richtung und Grösse der Gewalt her geeignet sein, eine frische Ruptur des Faserringes zu bewirken, was etwa bei einem schweren axialen Trauma oder massivem Hyperextensionstrauma der Fall sein kann (vgl. Debrunner / Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, S. 56). Dies war beim Ausgleiten auf Eis am 2. März 2018 nicht der Fall. Auch führen die geforderten Gewalteinwirkungen - wie PD Dr.med. Q. _____ unter Verweis auf die Literatur und auch med.pract. H. _____ zu Recht festhalten - zu weiteren strukturellen Veränderungen wie Wirbelkörperbrüche, Schädigung der rückwärtigen Facettengelenke oder Bänderzerreissungen (vgl. auch Urteil BGer 8C_793/2018 vom 7.5.2019 Erw. 3.1.4). Vorliegend konnten indes sowohl im Röntgen vom Unfalltag als auch im MRI sechs Tage später neben dem als Anulusriss beschriebenen Befund keine weiteren strukturellen Veränderungen festgestellt werden. Das Unfallereignis vom 2. März 2018 ist damit als nicht besonders schwer zu qualifizieren und war damit nicht geeignet, eine traumatisch bedingte Diskushernie herbeizuführen.

5.4.3 Rechtsprechungsgemäss ist damit auch eine richtungsgebende Verschlimmerung auszuschliessen, setzt doch auch diese ein Unfallereignis voraus, das geeignet ist, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Zudem müsste eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben, was vorliegend in keinem medizinischen Bericht bestätigt wird.

5.4.4 Mit der Beurteilung von Dr.med. J. _____, wonach die vom Beschwerdeführer monierten Beschwerden einerseits durch die Hypoplasie und andererseits den durch das Trauma entstandenen Anulusriss und die subligamentäre Hernie (die alle durch das Verlaufs-MRI vom 19.2.2019 bestätigt würden) zu begründen seien, weshalb die noch geklagten Beschwerden unfallkausal seien (oben Erw. 4.16), hat sich PD Dr.med. Q. _____ begründet und nachvollziehbar auseinandergesetzt (vgl. oben Erw. 4.21.2).

Dass die Wirbelhypoplasie - die sich nach PD Dr.med. Q._____ bei L5 allenfalls im Vergleich zu den benachbarten Wirbeln als etwas kleiner dimensionierte Anatomie nachvollziehen lasse - unfallbedingt wäre, wird von keiner Seite geltend gemacht (immerhin weist PD Dr.med. Q._____ aber zu Recht darauf hin, dass die Hypoplasie gemäss Bericht Dr.med. J._____ vom 1.6.2018 L5 betrifft, im Bericht vom 25.2.2019 dann aber S1).

Dass der Anulusriss und die subligamentäre Hernie traumatischer Genese seien, wird weder von Dr.med. J._____ noch von Dr.med. L._____ oder med.pract. G._____ weiter begründet. Weder verweist Dr.med. J._____ auf Anzeichen, die gegen einen degenerativen Vorzustand sprechen, noch bestreitet er, dass das Unfallereignis bezüglich Schwere, Richtung und Grösse der Gewalt, nicht geeignet war, eine gesunde Bandscheibe zu beschädigen. Auch begründet er nicht, weshalb im vorliegenden Fall beim Beschwerdeführer entgegen der mit Fachliteratur untermauerten Ausführung von PD Dr.med. Q._____, dem MR-Befund einer HIZ dennoch eine traumatische Genese zugrunde zu legen und nicht die Bedeutung als Zeichen des normalen Alterungsprozesses beizumessen sei (vgl. oben Erw. 4.21.2). Dr.med. J._____ geht auf die ihm bekannte Argumentation von med.pract. H._____ oder von PD Dr.med. Q._____ überhaupt nicht ein. Allerdings schreibt er in seinem letzten Bericht vom 10. Mai 2019 selbst, er sei der Meinung, dass auch ein Anulusriss und eine subligamentäre Hernie bei präexistierendem hypoplastischem Wirbel und auch Bandscheibendegeneration unfallbedingt erscheinen könne (Bf-act. 14); mithin spricht auch Dr.med. J._____ nur noch von einer Möglichkeit, ohne indes weiter auszuführen, weshalb gerade in diesem Einzelfall diese Annahme einer traumatischen Genese überwiegend wahrscheinlich sein soll. Die alleinige Möglichkeit reicht nicht aus, um eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität nachzuweisen.

Nicht zu entkräften vermag der Beschwerdeführer resp. die von ihm ins Recht gelegten Arztberichte auch die Feststellung von PD Dr.med. Q._____, wonach gemäss den MR-Befunden keine Wurzelkompression und damit keine durch die Bandscheibe bedingte Pathologie vorliege. Im Befund zum Verlaufs-MRI vom 23. August 2018 wird ausdrücklich dokumentiert "Stationäre Darstellung" und "Nach wie vor keine Kompression" (vgl. oben Erw. 4.13). Auch im Verlaufs-MRI vom 19. Februar 2019 wird nur ein Kontakt resp. sogar knapper Kontakt zu den Nervenwurzeln beschrieben (vgl. oben Erw. 4.15), was keine Kompression darstellt. PD Dr.med. Q._____ weist sodann zu Recht auf die auch von Dr.med. J._____ festgestellte unauffällige Neurologie hin sowie die unklaren Befunde, die eine radikuläre Genese höchstens vermuten lassen. Seine Beurteilung, wonach auch eine Arthrose der kleinen Facettengelenke unabhän-

gig von einer allfälligen Beteiligung der Nervenwurzeln invalidisierende Beschwerden verursachen können, wird auch durch Debrunner/Ramseier bestätigt (Debrunner/Ramseier, a.a.O., S. 40). Dass dies vorliegend ausgeschlossen oder zumindest unwahrscheinlich ist, begründen die behandelnden Ärzte nicht. Auch gehen sie nicht weiter auf die Feststellung von PD Dr.med. Q._____ ein, wonach auffällig sei, dass die von ihnen erhobenen Befunde uneinheitlich sind, widersprüchlich einmal auf eine Betroffenheit der Nervenwurzel L5 und ein andermal auf die Nervenwurzel S1 schliessen lassen.

Die Feststellung von med.pract. G._____ schliesslich, wonach der Beschwerdeführer seit 2012 bei ihm in Behandlung sei, vor dem 2. März 2018 eine Bandscheibenproblematik aber nie vorgelegen habe, vermag die Unfallkausalität nicht zu belegen. Zum einen können degenerativ veränderte Bandscheiben lange klinisch stumm bleiben (Debrunner/Ramseier, a.a.O., S. 39; vgl. auch Urteil BGer U 225/06 vom 22.6.2007 Erw. 5.2). Zum andern läuft diese Argumentation auf einen unzulässigen "post hoc, ergo propter hoc"-Schluss hinaus (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.3.1).

5.4.5 Mit der Vorinstanz ist davon auszugehen, dass kein unfallbedingter Bandscheibenvorfall vorliegt. Wie med.pract. H._____ in seiner Beurteilung vom 17. Dezember 2018 zu Recht ausführte, ist auch eine richtungsgebende Verschlimmerung auszuschliessen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es beim Unfallereignis vom 2. März 2018 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden überwiegend durch Verschleiss und Abnutzung bedingten degenerativen Wirbelsäulenerkrankung eines 59-jährigen Versicherten kam (vgl. Suva-act. 54).

5.4.6 Liegt eine Aktivierung eines stummen Vorzustandes vor, ist unter Verweis auf die Rechtsprechung (vgl. oben Erw. 5.3.3) nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz sechs Monate nach dem Unfallereignis vom Erreichen des Status quo sine ausging und die Leistungen per 15. September 2018 einstellte. Entgegen der Ausführung von med.pract. G._____ handelt es sich hierbei nicht um eine willkürlich festgelegte Dauer. Sie entspricht dem derzeitigen medizinischen Wissensstand und wurde vom Bundesgericht regelmässig und jüngstens bestätigt (vgl. Urteil BGer 8C_793/2018 vom 7.5.2019). Die behandelnden Ärzte machen sodann keine besonderen Umstände wie das Vorliegen eines erheblich degenerativen Vorzustandes geltend, die es rechtfertigen würden, von einer längeren Dauer auszugehen.

5.5 Zusammenfassend vermögen die vom Beschwerdeführer beigebrachten Arztberichte und auch die echtzeitlichen Verlaufseinträge des Hausarztes an den

versicherungsinternen Beurteilungen von med.pract. H._____ und PD Dr.med. Q._____ keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Diese berücksichtigen sämtliche medizinischen Akten, sind nachvollziehbar und schlüssig. Mithin ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz gestützt darauf sowie mit Verweis auf die Rechtsprechung betreffend Bandscheibenvorfälle festhält, dass die Diskushernie einerseits nicht unfallkausal ist und andererseits die nach dem 15. September 2018 - also über sechs Monate nach dem Unfall - bestehenden Beeinträchtigungen am Rücken nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfall vom 2. März 2018, sondern nur noch mit dem schicksalsmässigen Verlauf erklärt werden können. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

6. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG). Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. September 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 16. Oktober 2019