

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2024 9

## Entscheid vom 15. Mai 2024

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_

**gegen**

D.\_\_\_\_\_,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_, geb. [...], war seit dem 11. Mai 2021 bei der E.\_\_\_\_\_ GmbH (deren Gesellschafter er ist), angestellt und dadurch bei der D.\_\_\_\_\_ obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung vom 18. Oktober 2022 zeigte die Arbeitgeberin der D.\_\_\_\_\_ an, dass A.\_\_\_\_\_ am 25. September 2022 beim Joggen gestürzt sei und sich dabei am Rücken verletzt habe (Vi-act. 1). Die D.\_\_\_\_\_ verneinte mit Schreiben vom 14. Dezember 2022 eine Leistungspflicht (Vi-act. 23).

**B.** A.\_\_\_\_\_ erhob gegen die (formlos mitgeteilte Leistungsverweigerung) mit Schreiben vom 11. Januar 2023 Einsprache bei der D.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 27). Mit Schreiben vom 27. Januar 2023 erklärte auch der Krankenversicherer von A.\_\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_\_), mit der Leistungsverweigerung des Unfallversicherers nicht einverstanden zu sein (Vi-act. 34).

**C.** Am 3. Februar 2023 verfügte die D.\_\_\_\_\_, die geltend gemachten Beschwerden stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. September 2022. Die Kosten der Erstbehandlung bei Dr.med. C.\_\_\_\_\_ sowie für die CT-Untersuchung würden als Abklärungskosten übernommen. Weitere Leistungen würden nicht erbracht (Vi-act. 35).

**D.** Gegen diese Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 2. März 2023 Einsprache erheben (Vi-act. 38).

Mit Entscheid vom 18. Dezember 2023 hat die D.\_\_\_\_\_ die Einsprache abgewiesen.

**E.** Gegen den Einspracheentscheid lässt A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 1. Februar 2024 fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) für die Folgen des Unfallereignisses vom 25. September 2022 auszurichten.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Mit Schreiben vom 25. März 2024 beantragt die D.\_\_\_\_\_ unter Verzicht auf die Einreichung einer Vernehmlassung die Abweisung der Beschwerde. Sie verweist auf die Ausführungen im Einspracheentscheid.

## **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr nach Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

**1.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 148 V 356 E. 3 m.H.). Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1; 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit

einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile BGer 8C\_244/2023 v. 19.10.2023 E. 2.2; 8C\_287/2020 vom 27.4.2021 E. 3.1 m.H.; 8C\_788/2010 vom 8.2.2011 E. 10.2 m.H.; U 413/05 vom 5.4.2007 E. 4.2).

**1.3** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1 m.H.; Urteile BGer 8C\_377/2012 vom 8.1.2013 E. 4.2 m.H.; 8C\_589/2017 vom 21.2.2018 E. 3.1.2 m.H.; 8C\_377/2012 vom 8.1.2013 E. 4.2). Mit dem Erreichen des status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil BGer 8C\_377/2012 vom 8.1.2013 E. 4.2). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil BGer 8C\_589/2017 vom 21.2.2018 E. 3.2.3 m.H.).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Urteile BGer 8C\_623/2019 vom 21.1.2020 E. 2.1.2; 8C\_589/2017 vom 21.2.2018 E. 3.1.2 m.H.; 8C\_377/2012 vom 8.1.2013 E. 4.2, SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C\_901/2009 E. 3.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46, U 355/98 E. 2 m. H.).

Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Un-

gunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6; 117 V 261 E. 3b; Urteil BGer 8C\_623/2019 vom 21.1.2020 E. 2.1.2).

**1.4** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im 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 E. 3.2; 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen).

**1.5.1** Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2; 119 V 335 E. 2b/bb; Urteil BGer 8C\_589/2017 vom 21.2.2018 E. 3.2.4).

**1.5.2** 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 E. 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 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c m. H.). 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 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die UVG-Versicherer bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess (BZP; SR 273) vom 4. Dezember 1947 genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten haben (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 E. 5b; BGE 137 V 210 E. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212).

**1.5.3** 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 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 m. H.).

**1.5.4** 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 E. 3.2 m. H.; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C\_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C\_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 m. H.).

**2.1** Umstritten ist vorliegend die Unfallkausalität der am 18. Oktober 2022 gemeldeten Beschwerden und mithin ein Anspruch auf Taggeldleistungen für den Zeitraum ab Unfalldatum (25.9.2022) bis zur vollständigen Wiederaufnahme der

Arbeit (ab 21. November 2022) sowie der Anspruch auf Übernahme der Heilungskosten (soweit sie nicht bereits durch die Vorinstanz geleistet wurden).

Die Vorinstanz verneint eine Leistungspflicht mit dem Hinweis auf die medizinische Aktenbeurteilung der beratenden Ärztin Dr.med. G.\_\_\_\_\_. Danach lägen beim Versicherten Vorzustände im Sinne eines Status nach Morbus Scheuermann mit Schmorl'schen Knorpelknötchen sowie einer flachen Bandscheibenprotrusion vor, es bestünden jedoch keine objektivierbaren traumatischen Veränderungen. Die vom Versicherten beklagten LWS-Schmerzen würden einem krankheitsbedingten Lumbalsyndrom entsprechen, welches durch die beschriebenen degenerativen Veränderungen der lumbalen Bewegungssegmente verursacht werde. Das Lumbalsyndrom sei nicht überwiegend wahrscheinlich ereigniskausal. Objektivierbare traumatische Veränderungen im LWS-Bereich und im Bereich des Kreuzbeins lägen keine vor. Die Beurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ sei umfassend und ihr komme voller Beweiswert zu. Es bestünden keine (auch nicht geringfügige) Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. G.\_\_\_\_\_. In Bezug auf das Ereignis vom 25. September 2022 sei ein Leistungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherten mithin abzulehnen, dies unter Übernahme der Kosten für die Erstbehandlung bei Dr.med. C.\_\_\_\_\_ und der CT-Untersuchung vom 27. September 2022 im Sinne notwendiger Abklärungskosten.

**2.2** Der Beschwerdeführer macht geltend, die beratende Ärztin der Versicherung gehe sinngemäss davon aus, die Schmerzen und die Arbeitsunfähigkeit nach dem Sturz wären zur gleichen Zeit und in gleichem Umfang auch ohne Unfall aufgetreten bzw. der bis dahin stumme Vorzustand wäre auch ohne Sturz zu diesem Zeitpunkt aktiviert worden. Die Frage, ob der Sturz den stummen Vorzustand aktiviert habe, diskutiere die beratende Ärztin jedoch nicht. Es sei offensichtlich, dass die bis dahin stummen Vorzustände an der lumbalen Wirbelsäule durch den Sturz aktiviert worden seien. Die Schmerzen seien unmittelbar nach dem Sturz aufgetreten und hätten zu einer zeitnahen ärztlichen Behandlung geführt. Der erstkonsultierte Arzt habe eine Kontusion der LWS/Sakrums diagnostiziert und festgehalten, dass die Beschwerden zum Unfallgeschehen passen würden. Vor dem Sturz habe der Beschwerdeführer keine Rückenbeschwerden gehabt. Es entspreche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstünden und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht falle. Dasselbe gelte für Diskusprotrusionen. Werde hingegen eine Diskushernie oder -protrusion bei

(stummem) degenerativem Vorzustand durch den Unfall aktiviert, liege eine vorübergehende Verschlimmerung vor. Diesfalls habe die Unfallversicherung Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Das Erreichen des Status quo sine könne bei posttraumatischen Lumbalgie nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Zu Unrecht sei die beratende Ärztin der Vorinstanz zudem davon ausgegangen, dass er bei der Erstkonsultation lediglich Ruheschmerzen angegeben habe. Dies sei aktenwidrig. Nach dem Gesagten habe die Unfallversicherung die Behandlungskosten und das Taggeld bis zur vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit am 21. November 2022 zu übernehmen.

**3.** Zum Unfallereignis und den gesundheitlichen Folgen ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

**3.1** Der Beschwerdeführer führte im Fragebogen der Versicherung zum Unfallhergang am 26. Oktober 2022 aus, dass er am 25. September 2022 um ca. 17.00 beim Joggen im Wald auf dem Kies ausgerutscht und auf den Rücken gestürzt sei. Die Frage, ob er früher bereits an ähnlichen Beschwerden gelitten habe, verneinte er (Vi-act. 9).

**3.2** Dr.med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte mit Bericht zu Händen der Vorinstanz vom 23. November 2022, dass der Versicherte am 26. September 2022 untersucht wurde und dabei angab, am 25. September 2022 beim Joggen gestürzt zu sein, wobei er mit dem Rücken auf dem Boden aufgeschlagen sei. Zu den objektiven Untersuchungsbefunden hielt er fest (Vi-act. 13):

Rückenuntersuchung: Druck- und Klopfdolenz bei kleiner Kraftanwendung ab mittleren LWS bis sacral, dort Punktum maximum. Paravertebraler Hartspann, rechts betont. Keine Hämatome, keine Rötungen, keine offenen Wunden sichtbar. Muskeleigenreflexe seitengleich, lebhaft, Kraft, Motorik und Sensibilität der unteren Extremitäten intakt.

Als Diagnose wird festgehalten:

Sturz nach hinten mit Kontusion der LWS/Sacrum am 25.09.2022.

Im Bericht wird zudem auf ein CT der LWS vom 27. September 2022 verwiesen; dabei hätten sich keine Hinweise für eine Fraktur im Bereich der LWS und des Beckenskelettes ergeben. Die objektiven Befunde qualifizierte Dr.med. C.\_\_\_\_\_ als Folgen des Unfalles.

Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 25. September 2022 und eine Arbeitsunfähigkeit von 50% ab dem 7. November 2022 attestiert. Ab 21. November

2022 wurde keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert (Wiederaufnahme der Arbeit, Vi-act. 2 und 11).

Die Behandlung erfolgte durch Analgesie (Vi-act. 13) und Physiotherapie (1. Verordnung v. 28.9.2022, 2. Verordnung v. 8.11.2022, Vi-act. 43 und 44).

**3.3** Dem CT-Bericht von Prof.Dr.med. I.\_\_\_\_\_, vom 27. September 2022 kann folgender Befund entnommen werden (Vi-act. 17):

CT-LWS:

Kein Hinweis für eine Fraktur. Intraspongioser Prolaps in der Deckplatte von LWK 2 und von LWK 3 sowie in der Grundplatte von LWK 4. Normales Alignment der LWS. Flache Bandscheibenprotrusion LWK 5/SWK 1. Keine relevanten degenerativen Veränderungen.

CT-Becken:

Kein Hinweis für eine Fraktur. Allseits kongruente Gelenksstellung. Keine relevanten degenerativen Veränderungen. Os acetabuli rechts. Kein Hinweis für ein Hämatom.

**3.4** Die beratende Ärztin der Versicherung, Dr.med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt mit Bericht vom 1. Dezember 2022 fest, die gesundheitlichen Störungen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das geltend gemachte Unfallereignis zurückzuführen. Es lägen keine Hämatome, keine Rötungen und keine offenen Wunden vor. Es bestünden Vorzustände (alter Morbus Scheuermann mit Schmorl'schen Knorpelknötchen in den Deckplatten von LWK 2 und 3 sowie in der Grundplatte von LWK 4, flache Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 5/SWK 1 ohne Nervenwurzelkompression, Vi-act. 21).

**3.5** Nach Eingang der Einsprache nahm Dr.med. G.\_\_\_\_\_ unter Einsicht in die CT-Aufnahmen der LWS und des Beckens (vom 27.9.2022) am 9. Juli 2023 eine Aktenbeurteilung vor. In dieser führt sie u.a. aus (Vi-act. 56):

Die bei der ärztlichen Erstbehandlung vom 26.09.2022 angegebenen lokalen Druck- und Klopferschmerzangaben von der mittleren Lendenwirbelsäule bis zum Kreuzbein, der rechtsbetonte paravertebrale Muskelhartspann beidseits sowie die beschriebenen Ruheschmerzen im Bereich des lumbosakralen Übergangs entsprechen einem krankheitsbedingtem Lumbalsyndrom, das durch Funktionsstörungen und degenerative Veränderungen lumbaler Bewegungssegmente verursacht wird.

Bei dem Versicherten bestehen keine objektivierbaren traumatischen Veränderungen, sondern lediglich Vorzustände (Abnutzung oder Erkrankung) mit einem Status nach Mb. Scheuermann mit Schmorl'schen Knorpelknötchen in den Deckplatten von LWK 2 und 3 sowie in der Grundplatte von LWK 4 und mit einer flachen Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 5/SWK 1 ohne Nervenwurzelkompression.

Anhand der vorliegenden klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde wird von orthopädisch-traumatologischer Seite eingeschätzt, dass das beim Versicherten vorhandene Lumbalsyndrom nicht überwiegend wahrscheinlich auf das angegebene Ereignis vom 25.09.2022 im Sinne einer Allein- oder Teilursache zurückgeht.

Diese Beurteilung wird wie folgt begründet:

Die am 26.09.2022 im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorhandenen objektivierbaren traumatischen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins, wie z.B. Hämatome, Schwellungen, Prellmarken, Schürfwunden etc. widersprechen einer relevanten Kontusion der Lendenwirbelsäule am Vortag als Ursache für die lumbalen Beschwerden.

Auch im CT der Lendenwirbelsäule und des Beckens vom 27.09.2022 zeigten sich keine objektivierbaren traumatischen Veränderungen, weder im Bereich der Lendenwirbelsäule oder des Beckens, noch in den umgebenden Weichteilen (keine Hinweise auf Frakturen, Hämatome etc.).

(...).

Die bei dem Versicherten erwähnten intraspongiösen Bandscheiben-Vorwölbungen in die Deckplatten von LWK 2 und von LWK 3 sowie in die Grundplatte von LWK 4 entsprechen juvenilen Aufbaustörungen (sogenannte Schmorl'schen Knorpelknötchen) bei Status nach Morbus Scheuermann.

(...).

Das Vorhandensein juveniler Aufbaustörungen entspricht lediglich für eine mindere Qualität der begrenzenden Bandscheibenstrukturen, die schon im Wachstumsalter dem Ausdehnungsdruck des Bandscheibengewebes nicht gewachsen waren. Dementsprechend ist bei dem Betroffenen auch mit einem gehäuftem Auftreten von bandscheibenbedingten Beschwerden zu rechnen. (...).

**4.1** Es ist grundsätzlich unbestritten, dass beim Beschwerdeführer ein krankhafter Vorzustand im Sinne einer Diskusprotrusion vorliegt. Der Beschwerdeführer weist des Weiteren korrekt darauf hin, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers auch die Beeinträchtigung durch Beschwerden, welche aus einer unfallbedingten, vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestandenen Diskushernie oder Diskusprotrusion herrühren, umfasst.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteile BGer 8C\_765/2020 v. 4.3.2021 E. 2.3; 8C\_552/2020 vom 16.12.2020 E. 3.2 m. H.). Dasselbe gilt für Diskusprotrusionen, die nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind (Urteile BGer 8C\_765/2020 v. 4.3.2021 E. 2.3; 8C\_154/2016 vom 7.6.2016 E. 4.1.2). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie oder -protrusion betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder der Diskusprotrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. So muss eine entsprechende richtunggebende Verschlimmerung insbesondere auch röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (Urteil BGer 8C\_765/2020 v. 4.3.2021 E. 2.3 m.H.). Ein Unfallereignis von besonderer Schwere, welches als Ursache für die Diskusprotrusion betrachtet werden kann, liegt vorliegend nicht vor. Dies wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

Ist hingegen die Diskushernie oder -protrusion bei (stummen) degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, liegt eine vorübergehende Verschlimmerung vor. So kann z.B. eine Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen (Urteil BGer 8C\_755/2018 v. 11.2.2019 E. 4.4.3). Diesfalls hat die Unfallversicherung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur (aber immerhin) Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann nach derzeitigem medizinischem Wissensstand in solchen Fällen das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden (Urteil BGer 8C\_765/2020 v. 4.3.2021 E. 2.3; 8C\_552/2020 vom 16.12.2020 E. 3.2; 8C\_408/2019 vom 26.8.2019 E. 3.3; 8C\_834/2018 vom 19.3.2019 E. 3.3; 8C\_571/2015 v. 14.10.2015 E. 2.2.3).

Auf diese Praxis geht die beratende Ärztin der Versicherung mit keinem Wort ein, obwohl nur Leistungen zur Diskussion stehen, welche für eine Beschwerdedauer von unter drei Monaten geltend gemacht werden. Wie vorstehend in E. 1.2 dargelegt, wäre ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Sturzereignis und den danach eingetretenen lumbalen Beschwerden dann zu verneinen, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache wäre, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Es müsste mithin ein krankhafter Vorzustand vorliegen, der jederzeit und unabhängig von einer Belastung bzw. durch einen beliebigen und austauschbaren Faktor dieselbe Gesundheitsschädigung auslösen könnte, um eine (Teil-)Kausalität des Unfallereignisses verneinen zu können. Zu dieser Frage äussert sich die beratende Ärztin jedoch mit keinem Wort. Aufgrund des Umstandes, dass der am Unfallfolgetag konsultierte Hausarzt keine Hämatome, keine Rötungen und keine offenen Wunden im Bereich des Rückens feststellen konnte und auch anlässlich der CT-Untersuchung am Folgetag keine Hämatome festgestellt werden konnten, ist wohl die Frage sicher be-

rechtigt, ob eine unfallbedingte Krafteinwirkung auf den Rücken des Beschwerdeführers eingewirkt hat, welche geeignet war, eine Lumbalgie auszulösen. Allerdings lässt sich auch zu dieser Frage den medizinischen Akten und insbesondere der Aktenbeurteilung der beratenden Ärztin keine Antwort entnehmen. Unbestritten und dokumentiert ist der Umstand, dass am 26. September 2022 eine Konsultation wegen lumbalen Beschwerden stattfand, der Hausarzt diese als unfallkausal qualifizierte, eine entsprechende Behandlung durchgeführt wurde und dass nach wenigen Wochen eine vollständige Wiederaufnahme der Arbeit möglich war.

**4.2** Indem die beratende Ärztin auf die Frage einer möglichen vorübergehenden Aktivierung einer vorbestehenden Diskusprotrusion durch das Unfallereignis nicht eingeht, bestehen an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung der versicherungsinternen Ärztin zumindest geringe Zweifel. Eine Ausnahme von der medizinischen Erfahrungstatsache, wonach eine Kontusion der Wirbelsäule eine vorher stumme Wirbelsäulenerkrankung vorübergehend symptomatisch machen kann, bzw. in casu die Schlussfolgerung, wonach im aktuellen Fall das (unbestrittene) Sturzereignis und die damit einhergehende Kontusion der Wirbelsäule nicht zumindest teilsächlich ist für die vorübergehenden Lumbalgien bei vorbestehenden krankhaften Veränderungen, muss nachvollziehbar begründet sein. Vorliegend liegt eine solche konkrete, nachvollziehbar und schlüssige Beurteilung allerdings nicht vor. Die beratende Ärztin verweist zwar umfassend auf die Folgen der festgestellten krankhaften Veränderungen, setzt sich jedoch nicht mit der Frage auseinander, weshalb das Sturzereignis im vorliegenden Fall entgegen des in der Rechtsprechung regelmässig herangezogenen Grundsatzes, wonach eine Kontusion der Wirbelsäule einen vorbestehenden krankhaften Zustand (vorübergehend) aktivieren kann, nicht als teilkausal für die unmittelbar nach dem Unfallereignis eingetretenen und behandlungsbedürftigen Lumbalgien zu qualifizieren ist.

**4.3** Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4). Die Sachverhaltsabklärung und die medizinische Beurteilung sind unvollständig, so dass über die Kausalität als Voraussetzung der Leistungspflicht der Vorinstanz noch nicht entschieden werden kann. Der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2023 ist aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie eine versicherungsexterne Beurteilung einholt und danach neu entscheidet.

**5.1** Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 E. 6.2, je mit Hinweisen).

**5.2** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**5.3** Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2023 aufgehoben und die Sache für ergänzende Abklärungen im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem beanwalteten Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entrichten.
4. 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).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und an das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern.

Schwyz, 15. Mai 2024

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: 3. Juni 2024