

BL_GERICHTE 725 12 141 vom 9. Januar 2012

BL Gerichte, 2012-01-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 12 141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_12_141)

FR: BL_GERICHTE 725 12 141 du 9 janvier 2012

IT: BL_GERICHTE 725 12 141 del 9 gennaio 2012

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Auf die frist- und formgerechte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 9. Januar 2012 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung besitzt.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 2.2

Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE

129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 2.3

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007, E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen 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 vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

E. 2.4

Es entspricht im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als unfallbedingt kann eine Diskushernie nur dann 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 aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxismässig auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b, und medizinische Literatur; zuletzt: Urteil 8C_213/2008 vom 9. Juni 2008). Ist die Diskushernie hingegen bei einem 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. Dies ist dann der Fall, wenn die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht worden ist. Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (vgl. Urteile U 351/04 vom 14.

Februar 2006, publ. in: ASS 2006 2 S. 14; U 266/99 vom 14. März 2000).

E. 2.5

Nach derzeitigem medizinischen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2008: Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur). Ein Unfall ist gemäss dieser Rechtsprechung somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. So hat im medizinischen Versuch die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule herbeigeführt werden können, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensionsoder Hyperflexionsbewegungen (vgl. Urteil R. des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1. mit Hinweisen; ebenso Urteil Z. des EVG vom 6. September 2006, U3/06, E. 1.2). 3.1 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). 3.2 Zur Feststellung des Sachverhaltes und des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 3.3 Dennoch erachtet es die

Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht unlängst präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit jener ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

E. 4

Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, die heute noch vorhandenen Beschwerden seien auf eine durch den Sturz vom 27. Mai 2011 verursachte traumatische Diskushernie zurückzuführen. Die SUVA stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die geklagten Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien.

E. 4.1

Die eingangs erwähnten Voraussetzungen für eine unfallbedingte Verursachung, welche die Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Diskushernie entwickelt hat, liegen beim Versicherten auf Grund des aktemässigen Verlaufs nicht vor. Der Berichterstattung der untersuchenden Ärzte ist lediglich zu entnehmen, dass das Sturzereignis den Bandscheibenvorfall des Versicherten in Form einer stummen lumbalen Diskushernie aktiviert, diesen aber nicht im ursächlichen Sinne verursacht hat (vgl. kreisärztliche Untersuchungsbericht von Dr. B. vom 31. Oktober 2011). Diese Schlussfolgerung deckt sich mit den übrigen medizinischen Unterlagen. So ergab eine erste Röntgenuntersuchung kurz nach dem Unfall eine diskrete Deckplattenimpression sowie eine Diskopathie auf der Höhe LWK 5 / SWK 1 (vgl. Röntgenuntersuchung von Dr. C. vom 31. Mai 2011). Es ist darauf hinzuweisen, dass unter einer Diskopathie eine Bezeichnung zu verstehen ist, die alle degenerativen und nur selten traumatischen Veränderungen im Bandscheibenbereich sowie deren Folgezustände umfasst (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., 2007 Berlin). Eine in der Folge durchgeführte Computertomographie bestätigte denn auch die degenerative Ursache der Bandscheibenveränderung in Form von Diskusveränderungen im Bereich LWK 4 / SWK 1 sowie eine Diskushernie auf Höhe LWK 4/5 mit Kompromittierung der linken Wurzel L5 (vgl. Radiologischer Bericht von Dr. C. , Clinique D. , vom 14. Juni 2011). Die rund zwei Monate später durchgeführte Untersuchung ergab in radiologischer Hinsicht einen normalen Befund des Beckens. Insbesondere konnte weder eine Ermüdungsfraktur noch eine knöcherne oder artikuläre Anomalie festgestellt werden. Ebenso konnte eine Anomalie der Weichteile ausgeschlossen werden (vgl. radiographischer Bericht von Dr. E. vom 16. August 2011). An der degenerativen Ursache der fraglichen Diskushernie vermag daher weder die anlässlich der bildgebenden Erstuntersuchung als traumatisch bezeichnete Indikationsstellung (vgl. Röntgenuntersuchung von Dr. C. vom 31. Mai 2011) noch die Kausalitätsbeurteilung des Hausarztes etwas zu ändern, wonach die Beschwerden des Versicherten ausschliesslich auf das erlittene Sturzereignis

zurückzuführen seien (vgl. ärztlicher Bericht UVG von Dr. F. vom 6. September 2011). Es verhält sich vielmehr dergestalt, dass die auf allen lumbalen Etagen vorhandenen degenerativen Bandscheibenveränderungen einen stummen Vorzustand darstellen, der durch das versicherte Unfallereignis zwar aktiviert worden, in unfallkausaler Hinsicht jedoch nicht auf den erlittenen Sturz zurückzuführen ist (vgl. kreisärztlicher Untersuchungsbericht von Dr. B. vom 31. Oktober 2011). Angesichts des dokumentierten Vorzustandes kann gerade nicht von einer traumatisch bedingten und erst durch das Unfallereignis vom 27. Mai 2011 verursachten Diskushernie ausgegangen werden.

E. 4.2

Mangels einer strukturellen Schädigung ist schliesslich auch nicht davon auszugehen, es habe im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die SUVA im Januar 2012 noch weiterhin eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes bestanden (vgl. radiographischer Bericht von Dr. E. vom 16. August 2011; ebenso kreisärztliche Beurteilung von Dr. B. vom 14. Dezember 2011). In diesem Zusammenhang ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass das Unfallereignis nicht von besonderer Schwere war. Dem unbestrittenen Sachverhalt zufolge rutschte der Versicherte bei seiner Arbeit auf einem Luftschlauch aus und fiel dabei auf den Rücken. Auch wenn die dabei erlittene Rückenkontusion zunächst eine Leistungspflicht der SUVA für Heilbehandlungen und Taggelder ausgelöst hat, ist ein solcher Unfall nicht als derart schwer zu bezeichnen, dass er nach dem Abheilen der Rückenkontusion spätestens im Dezember 2011 (vgl. kreisärztlicher Bericht von Dr. B. vom 14. Dezember 2011) den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien zufolge geeignet gewesen wäre, eine traumatische Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Der Befund dauernder und rezidivierender Schmerzen vermag nichts daran zu ändern. Dadurch ist nicht erstellt, dass die noch heute vorhandenen Beschwerden auf einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden zurückzuführen sind. Allein den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Bandscheibenschaden mit der Argumentation zu bejahen, dass der Versicherte zuvor nicht an entsprechenden Beschwerden gelitten habe, liefe auf eine unzulässige Beweisformel "post ergo propter hoc" hinaus.

E. 4.3

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die SUVA hinsichtlich der strittigen Leistungseinstellung auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 14. Dezember 2011 abgestellt hat. Dieser im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Bericht setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über den gesamten Gesundheitszustand des Versicherten. Die erhobenen Befunde decken sich insbesondere mit der oben erwähnten medizinischen Dokumentation des Vorzustandes des Versicherten. Es muss sein Bewenden damit haben, dass durch den Unfall vom 27. Mai 2011 lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung in Form einer Symptomatisierung eines zuvor klinisch stummen Zustands erfolgt ist und die Kriterien für eine traumatische Diskushernie dem Gesagten zufolge mangels rasch progredienter struktureller Veränderung nicht erfüllt sind. Unabhängig davon, dass der Beschwerde keine konkreten Vorbringen in Bezug auf die medizinischen Verhältnisse zu entnehmen sind, ist den aufgezeigten medizinischen Unterlagen überzeugend zu entnehmen, dass der Status quo ante bzw. sine rund sieben Monaten nach dem fraglichen Sturz wieder erreicht war. Dies entspricht letztlich just den Erfahrungswerten, wie sie von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden sind (vgl. oben, Erwägung 2.5). Stehen die somatischen Beschwerden des

Versicherten somit spätestens ab Verfügungszeitpunkt vom 9. Januar 2012 in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mehr mit dem erlittenen Unfall, hat die SUVA ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 5

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid hat der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2012 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe Urteil: Verfahren-Nr. 8C_809/2012) erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.