

BL_GERICHTE 725 13 200 vom 16. Januar 2014

BL Gerichte, 2014-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 13 200](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_13_200)

FR: BL_GERICHTE 725 13 200 du 16 janvier 2014

IT: BL_GERICHTE 725 13 200 del 16 gennaio 2014

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 3

Die SUVA erbrachte dem Beschwerdeführer bis zum 31. Januar 2013 die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin, die ihre Leistungspflicht im Anschluss an das Unfallereignis vom 27. März 2012 anerkannte, einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den über den 31. Januar 2013 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden zu Recht verneinte.

E. 3.1

Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 3.2

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 (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

E. 3.3

Zur Beurteilung des Heilverlaufs und der weiteren Kausalität wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der SUVA am 21. Januar 2013 von Dr. med. F., Facharzt FMH für Chirurgie, kreisärztlich untersucht. In seinem Bericht diagnostizierte Dr. F. einen Status nach Kontusion respektive Distorsion der LWS am 27. März 2012 sowie einen Status nach Diskushernienoperation L5/S1 am 24. April 2012. Der Versicherte habe beim Unfallereignis keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der LWS erlitten. Auf den Röntgenaufnahmen vom 4. April 2012 seien deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der gesamten LWS sichtbar, am ausgeprägtesten in der oberen LWS mit deutlichen Spondylophyten und beginnender Spangenbildungen. Ferner bestehe eine diskrete Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes L5/S1. Auf dem MRI vom gleichen Tag präsentiere sich eine grosse Diskushernie L5/S1 linksseitig mit Kompromittierung der Wurzel S1 und leichter Kompression des Duralsackes. Ferner bestünden ausgeprägte degenerative Veränderungen der LWS mit Osteophytose ventral und lateral, links ausgeprägter als rechts. Im Weiteren bestehe eine deutliche Facettengelenksartrose, jedoch keine Hinweise auf ossäre Läsionen im Bereich der LWS. Am 24. April 2012 sei die Diskushernienoperation L5/S1 links durch Dr. med. G., Neurochirurg in Mulhouse (Frankreich), erfolgt. Bereit in dessen Operationsbericht werde beschrieben, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Monaten an einer Lumboischialgie gelitten habe, welche in der letzten Zeit zugenommen habe. Daraus gehe klar hervor, dass es sich um eine vorbestehende Diskushernie auf der Basis degenerativer Veränderungen im Bereich der gesamten Wirbelsäule handle. Aktuell sei die Wirbelsäule nur minim eingeschränkt. Während der ganzen Untersuchung sei eine gewisse Verdeutlichungstendenz der Beschwerden nicht von der Hand zu weisen. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik. Zudem seien weder an den unteren noch an den oberen Extremitäten Schonungszeichen eruierbar, der Versicherte weise beidseitig eine kräftige Hand- und Fingerbeschwielung auf. Aus den erwähnten Gründen sei die Unfallkausalität nicht mehr gegeben. Durch das Unfallereignis am 27. März 2012 sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines pathologischen Vorzustandes gekommen, der sehr gut im Operationsbericht von Dr. G. vom 24. April 2012 beschrieben sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden im heute geklagte Beschwerdebild des Versicherten Unfallfolgen keine Rolle mehr spielen. Die heutigen Beschwerden würden auf der erheblichen degenerativen Problematik der LWS basieren. Es könne somit der Status quo sine postuliert werden. Aufgrund des aktuellen Untersuchungsbefundes seien dem Versicherten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar. Gestützt auf diese Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen per 31. Januar

2012 ein.

E. 3.4

Zu prüfen ist, inwieweit die Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers durch den Unfall verursacht worden sind oder inwieweit der Unfall auf diese eingewirkt hat. In Frage kommt eine durch den Unfall verursachte organische Gesundheitsschädigung, eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustands oder ein durch den Unfall lediglich ausgelöster (nicht verursachter) oder vorübergehend verschlimmter Vorzustand. Beim Unfall als Auslösefaktor interessiert im Weiteren die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er angedauert hat.

E. 3.4.1

Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden kann, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 19. April 2011, 8C_1014/2010, E. 3.3.1 mit Hinweisen). 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. 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. Demnach hat die versicherte Person auch Anspruch auf eine – operative Eingriffe mit einschliessende – zweckmässige Behandlung (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 8C_412/2008, E. 5.1.2).

E. 3.4.2

Gemäss einer weiteren unfallmedizinischen Erfahrung 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 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2011, 8C_381/2011, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen; bestätigt im kürzlich ergangenen Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2013, 8C_217/2013, E. 3.4).

E. 3.4.3

Von diesen allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsachen im Bereich des Unfallversicherungsrechts abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass. Gestützt auf die schlüssige und überzeugende Beurteilung von Dr. F. vom 21. Januar 2013 und gestützt auf den Operationsbericht von Dr. G. vom 24. April 2012 steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Diskushernie durch den Unfall nicht verursacht, sondern lediglich der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert wurde. Bei der vom Beschwerdeführer am 27. März 2012 erlittenen Kontusion beziehungsweise Distorsion der LWS handelt es sich um einen leichten Unfall. Zum einen

ist dem geschilderten Unfallmechanismus – der Beschwerdeführer rutschte aus und fiel auf das Gesäss – keine besondere Schwere zu entnehmen, zum anderen erlitt der Beschwerdeführer keine strukturellen Läsionen. Ferner ist die Arbeitsunfähigkeit nicht unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten, der Beschwerdeführer arbeitete vielmehr noch drei Tage nach dem Unfall weiter.

E. 3.4.4

Zu klären bleibt daher, wie lange die vorbestehende Diskushernie durch das Unfallereignis vom 27. März 2012 beeinflusst wurde. In Bezug auf die zeitliche Dauer ist auf die vom Bundesgericht anerkannte medizinische Erfahrungstatsache zu verweisen (vgl. E. 3.4.2 hiervor), wonach eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule – im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung nach unfallmedizinischer Erfahrung während sechs bis neun Monaten, längstens jedoch ein Jahr beeinflusst wird. Die beim Beschwerdeführer kurz nach dem Unfall durchgeführte Diskushernienoperation – für deren Kosten die SUVA im Übrigen aufgekommen ist –, hat dabei keinen Einfluss auf die Kausalitätsbeurteilung. Dass die SUVA ihre Leistungen im vorliegenden Fall rund zehn Monate nach dem Unfall einstellte, ist somit nicht zu beanstanden. 4.1. Auch die im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung vom Beschwerdeführer eingereichten weiteren medizinischen Berichte sind nicht geeignet, das kreisärztliche Gutachten von Dr. F. vom 21. Januar 2013 in Zweifel zu ziehen. Die ins Recht gelegten Berichte beziehen sich ausnahmslos auf eine Verletzung der linken Schulter, die sich der Beschwerdeführer offenbar bei einem Unfall am 7. Januar 2013 zuzog. Die Beschwerdegegnerin weist entsprechend zu Recht darauf hin, dass diese Verletzung nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids und daher auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist. Die Schulterverletzung ist in einem separaten Verfahren zu beurteilen und kann vorliegend nicht berücksichtigt werden. 4.2 Mit Eingabe vom 18. November 2013 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren ärztlichen Bericht ein, mit dem Hinweis, dass sich inzwischen eine weitere Diskushernie gebildet habe. Aus dem eingereichten radiologischen Bericht vom 15. Oktober 2013 geht denn auch hervor, dass auf der Höhe L5/S1 eine Diskushernie besteht. Dem Bericht ist jedoch kein Hinweis zu entnehmen, dass die erneute Diskushernie in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. März 2012 steht, weshalb er für das vorliegende Verfahren nicht zu berücksichtigen ist.

E. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage zur Beurteilung der vorliegenden Streitfragen ausreichend ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die SUVA gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. F. vom 21. Januar 2013 einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. März 2012 und den über den 31. Januar 2013 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers verneinte. Die gegen den Einspracheentscheid vom 10. März 2013 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 6

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren 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 dem Prozessausgang entsprechend 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.

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