

# **BL\_GERICHTE 725 16 200/281 vom 27. Oktober 2016**

BL Gerichte, 2016-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_16\\_200\\_281](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_16_200_281)

FR: BL\_GERICHTE 725 16 200/281 du 27 octobre 2016

IT: BL\_GERICHTE 725 16 200/281 del 27 ottobre 2016

## **Regeste**

Unfallversicherung Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf die Kausalitätsbeurteilung ihres beratenden Arztes abgestellt. Die beklagte Fussheberschwäche sowie die Diskushernie stehen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in C.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 22. Juni 2016 ist einzutreten.

### **E. 2**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 22. Mai 2014 zu Recht per 3. Oktober 2014 eingestellt hat. 3.1 Nach 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. 3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich 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 entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). 3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. 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. 328 E. 3b, RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 3.4 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 (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b). Die Beweislast liegt bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, bei der versicherten Person, während sie als leistungsaufhebende Tatsache beim Unfallversicherer liegt (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2). 3.5 Zusätzlich zu diesen allgemeinen Grundsätzen, die im Zusammenhang mit der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin zu beachten sind, gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien der medizinischen Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C\_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Als Beispiele für die Bejahung einer Unfallkausalität sind etwa ein freier Sturz aus erheblicher Höhe, ein Sprung aus 10 m Höhe, ein Sturz beim Tragen von Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialversicherungsrechtliche Abteilungen] vom 9. Mai 2005, U 480/04, E. 3.1) zu nennen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind zudem fast alle (seltenen) traumatischen Diskushernien mit ossären Läsionen verbunden (Urteil des EVG vom 26. Juli 2000, U 24/00, E. 3c). 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. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben; 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 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Zur 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 (vgl. BGE 122 V 158 f. 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 – 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 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 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

## **E. 5**

Zur Beurteilung des vorliegenden Falles sind folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

### **E. 5.1**

Im Notfallbericht des Spitals D.\_\_\_\_ wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 22. Mai 2014 im Bus gesessen und bei einer Vollbremsung nach vorne gestürzt sei. Dabei habe er sich das Schienbein an der Kante des gegenüberliegenden Stuhles angeschlagen. Es wurde eine Dashboard-Verletzung im linken Knie diagnostiziert. Des Weiteren habe weder ein Hinweis auf einen lumboradikulären Ausfall noch ein Hinweis auf eine ossäre Läsion festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe über ein Kribbeln im gesamten Bein geklagt; Laufen sei jedoch weiterhin möglich gewesen. Die Behandlung sei am selben Tag abgeschlossen worden.

### **E. 5.2**

Gemäss Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2014 klage der Beschwerdeführer weiterhin über belastungsabhängige Schmerzen im linken Knie sowie Schmerzen lumboradikulären Charakters. Zudem bestehe eine persistierende Fussheberschwäche. Die neurologische Beurteilung vom 6. Juni 2014 habe ergeben, dass auf Höhe des Unterschenkels kein Nachweis einer nervalen Läsion bestehe.

### **E. 5.3**

Der MRT-Befundbericht vom 29. Juli 2014 zeigte sodann, dass beim Beschwerdeführer eine Diskushernie auf der Höhe von Lendenwirbelkörper (LKW) 4/5 links mit Wurzelkontakt zu L4 links sowie eine diskrete mediane Diskushernie mit rezessalem Wurzelkontakt zu S1 rechts auf der Höhe von LWK5/SWK1 (Sakralwirbelkörper) bestehe.

### **E. 5.4**

Im Rahmen einer neurologischen Abklärung stellte Dr. med. E.\_\_\_\_, FHM Neurologie, mit Bericht vom 3. Oktober 2014 fest, dass die nur phasenweise bestehende Fussheberparese aktuell ohne klinisch-neurologisches oder elektrophysiologisches Korrelat sei. Eine periphere Läsion des Nervus peroneus links könne ausgeschlossen werden. Insgesamt hielt Dr. E.\_\_\_\_ eine L5-Nervenwurzel-Kompressionssymptomatik oder eine periphere Nervenläsion als Ursache der Fussheberschwäche für unwahrscheinlich.

### **E. 5.5**

Eine weitere MRT des linken Unterschenkels vom 4. März 2015 ergab keine Hinweise auf eine extrinsische Kompression des proximalen Nervus peroneus. Es liege weiterhin kein fassbares Korrelat für die intermittierende Fallfussssymptomatik vor.

### **E. 5.6**

Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und leitender Arzt Team Wirbelsäule des Spitals D.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 7. März 2015 aus, dass sich die Beschwerden auf ein Unwohlsein mit gedämpften Schmerzen gluteal links über das linke Bein hinab bis ins Sprunggelenk reduziert hätten. Der Beschwerdeführer habe seit Januar 2015 keine Schmerzmittel gebraucht. Er berichte jedoch weiterhin von Schwierigkeiten vor allem beim

Treppenabgehen.

### **E. 5.7**

Zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Beurteilung der Frage, ob zwischen dem Unfallereignis vom 22. Mai 2014 und den beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, unterbreitete die Beschwerdegegnerin die Unterlagen ihrem beratenden Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie. In seinem Bericht vom 30. Juni 2015 stellte dieser fest, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der geschilderten Problematik des bislang somatisch-medizinisch nicht plausibel begründeten intermittierenden Fallfusses und dem Ereignis vom 22. Mai 2014 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe. Entsprechend sei davon auszugehen, dass bezüglich des Unfallereignisses schon seit längerem ein Endzustand erreicht worden sei. Bereits im Mai 2014 habe bezüglich des linken Knies und im Juli 2014 hinsichtlich des Rückens eine makrostrukturelle Pathologie ausgeschlossen werden können. Da auch die neurophysiologische Untersuchung vom 3. Oktober 2014 keine Pathologien gezeigt habe, sei bezüglich des Unfallereignisses spätestens zu diesem Zeitpunkt der Status quo sine eingetreten.

### **E. 5.8**

Mit Bericht vom 28. November 2015 stellte Dr. H.\_\_\_\_, BS DC, Chiropraktor und Associate Professor am College of Chiropractic I.\_\_\_\_, fest, dass auf den MRTs eine Kompression der Nervenwurzel L4 links zu sehen sei. Verletzungen der L4-Nervenwurzel seien typischerweise ursächlich für eine Fallfussymptomatik, womit die Beschwerden vorliegend mit den MRT-Befundsberichten übereinstimmen würden. Zudem diagnostizierte er chronische Schmerzen des unteren Rückens und des linken Knies. Der Patient habe gemäss eigener Aussagen vor dem Unfallereignis unter keiner dieser Beschwerden gelitten. Gemäss der "Scheduled Permanent Disabilities"- Invaliditätsbemessungsmethode des Bundesstaats Kalifornien weise der Beschwerdeführer aufgrund seiner Beschwerden einen Invaliditätsgrad von 30% auf. Dr. H.\_\_\_\_ stellt sich auf den Standpunkt, dass diese dauerhafte Invalidität und die notwendigen Heilbehandlungen direkte Folgen des Unfallereignisses vom 22. Mai 2014 seien. 6.1 Wie oben erwähnt (vgl. E. 4.2 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen und somit ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, solange keine – auch nur geringe – Zweifel an deren Richtigkeit bestehen. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Mai 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität vollumfänglich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. G.\_\_\_\_. Sie ging demzufolge davon aus, dass weder die Diskushernie noch die weiter beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 22. Mai 2014 zurückzuführen seien. Bereits im Mai 2014 und im Juli 2014 hätten unfallbedingte makrostrukturelle Pathologien des linken Knies und des Rückens ausgeschlossen werden können. Da die neurophysiologische Untersuchung vom 3. Oktober 2014 ebenfalls keine Pathologien gezeigt habe – was im Übrigen vom Beschwerdeführer nicht bestritten werde – nahm die Beschwerdegegnerin an, der Status quo sine sei spätestens mit der neurologischen Untersuchung eingetreten. Aus diesem Grund stellte sie ihre Leistungen per 3. Oktober 2014 ein. 6.2 Es ist festzustellen, dass die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse von Dr. G.\_\_\_\_, eine zuverlässige Beurteilung der vorliegenden Kausalitätsfrage gestatten. Die medizinische Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_, welche die Kausalität zwischen der beklagten Fallfussymptomatik und dem Unfallereignis verneint,

beruht auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Aktenlage. Seine Stellungnahme erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, womit seine Beurteilung den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Grundlage entspricht (vgl. E. 4.1 hiervor). Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht insbesondere, dass wie Dr. G.\_\_\_\_ bestätigt, weder die MRT vom Knie und der Lendenwirbelsäule noch die neurologischen Untersuchungen eine Ursache für den intermittierend auftretenden Fallfuss finden konnten. Dabei haben zwei unabhängige neurologische Untersuchungen weder eine periphere Symptomatik des Nervus peroneus nach Anprall noch eine radikuläre Symptomatik in der Lendenwirbelsäule als auch nur annähernd ausschlaggebend für die klinisch vorgegebenen Befunde ergeben. Da die beklagten Beschwerden somit medizinisch nicht zu erklären sind, kann wie Dr. G.\_\_\_\_ zu Recht feststellt, auch kein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang zu irgendeiner in Frage kommenden Ursache hergestellt werden. Daran ändert auch die Behauptung des Beschwerdeführers nichts, dass gemäss Dr. F.\_\_\_\_ die Fussheberschwäche eine Folge der Verletzung im Bereich L4/5 sei. In den Akten ist keine solche Feststellung ersichtlich. Im Gegenteil, auch Dr. F.\_\_\_\_ stellt mit seinen Berichten vom 7. März 2015 bzw. 4. Februar 2016 fest, dass sich die Beschwerden nicht hinreichend erklären lassen und die Kausalitätsfrage seinerseits nicht zu klären sei. Im Lichte der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ ist die vorinstanzliche Beweiswürdigung hinsichtlich der Kausalitätsfrage somit nicht zu beanstanden.

6.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ um keine unabhängige Stellungnahme handle und sie dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ widerspreche. Dr. H.\_\_\_\_ sei der medizinischen Meinung, dass die Beschwerden und die Notwendigkeit weiterer Behandlung ein direktes Resultat des Unfalls vom 22. Mai 2014 seien und die Fussheberschwäche eine Folge der Verletzung im Bereich L4/5 sei. Wie Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 1. März 2016 erwähnt, argumentiert Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung wohl aus sprachlichen Gründen lediglich mit seiner Interpretation der Bilddokumente. Dr. H.\_\_\_\_ stellt dabei fest, dass eine Kompression der Nervenwurzel L4 links zu sehen sei und diese typischerweise mit der vorliegenden Fallfussymptomatik zusammenhänge. Diesbezüglich stellt sich Dr. G.\_\_\_\_ hingegen auf den Standpunkt, dass die Nervenwurzel L4 zwar eingeeengt sei, die Diskushernie die erwähnte Nervenwurzel jedoch nicht sichtbar kompromittieren würde. Diese Einschätzung deckt sich mit den durchgeführten Untersuchungen, die keinen Hinweis auf eine objektivierbare Ausfallsymptomatik ergeben haben. In Übereinstimmung mit einem Bericht des Inseleospitals Bern bestätigt Dr. G.\_\_\_\_ zudem, dass selbst, wenn die Nervenwurzel L4 kompromittiert wäre, der spinal bedingte Fallfuss entgegen der Meinung von Dr. H.\_\_\_\_ typischerweise nicht mit einer Kompromittierung der Nervenwurzel L4, sondern mit einer solchen von L5 vergesellschaftet sei. Dr. H.\_\_\_\_ begründet in seinem Bericht nicht, warum er diesbezüglich auf eine anderslautende medizinische Erklärung kommt. Jedoch stellt auch er sich auf den Standpunkt, dass die L5 Nervenwurzel frei von jeglicher Kompression sei. Hinsichtlich der diagnostizierten mediolateral rechts gelegenen Diskushernie LWK5/SWK1 stimmt die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ mit derjenigen von Dr. G.\_\_\_\_ überein. Dabei stellt Dr. G.\_\_\_\_ jedoch auch klar, dass diese ausschliesslich eine Kompromittierung der Nervenwurzel L5 und S1 bewirken könnte und sich die Symptomatik am linken Fuss damit nicht erklären lasse. Dieser Meinung ist auch Dr. E.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 eine L5-Nervenwurzel-Kompressionssymptomatik als Ursache der

Fussheberschwäche für unwahrscheinlich hält. Insgesamt geht Dr. H.\_\_\_\_ weder auf die anderslautende (Kausalitäts-)Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ und den anderen Ärzten ein, noch begründet er seine eigene Beurteilung genauer. Auch hinsichtlich der Kniebeschwerden führt der Beschwerdeführer neben der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ keinen weiteren Arztbericht auf, der einen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis begründen könnte. Im Übrigen vermögen auch das Vorbringen des Beschwerdeführers und die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_, wonach die Fussheberschwäche gleich nach dem Unfall zum ersten Mal aufgetreten und somit Folge des Unfalles sei, keinen Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 22. Mai 2014 begründen. Den natürlichen Kausalzusammenhang allein mit dieser Argumentation zu bejahen, liefe im Ergebnis auf die Beweisformel "post hoc ergo propter hoc" hinaus, wonach eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als unzureichend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C\_309/2010). Insgesamt muss die Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ somit als unvollständig betrachtet werden. Da sie keine Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ begründet, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes abgestellt hat. 6.4. Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss argumentiert, die Kosten der durch den Unfall vom 22. Mai 2014 verursachten Schäden und Folgeschäden an seiner Wirbelsäule seien unfallkausal und somit von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen, ist ihm nicht zu folgen. Die in Erwägung 3.5 hiervoor dargestellte Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Kausalität von Bandscheibenvorfällen ist so zu verstehen, dass eine Diskushernie in der Regel auf degenerative Veränderungen zurückzuführen und folglich krankheitsbedingt ist. Nur in äusserst seltenen Fällen kann eine Diskushernie durch einen Unfall ausgelöst oder richtungsgebend verschlimmert werden. Dies ist der Fall, wenn das Unfallereignis mit seiner äusseren Einwirkung derart intensiv ist, dass es geeignet ist, eine gesunde Wirbelsäule zu verletzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C\_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ausgangspunkt jeder Kausalitätsbeurteilung in diesem Gebiet bildet somit die Frage, ob der konkrete Unfallmechanismus auch eine gesunde Bandscheibe schädigen könnte. Nach dem unbestrittenen Unfallhergang ist der Beschwerdeführer bei einer Notbremsung direkt nach dem Anfahren des Buses gestürzt. Dabei hat er seinen linken Unterschenkel an der gegenüberliegenden Stuhlkante angeschlagen und eine Dashboard-Verletzung erlitten. Es ist festzustellen, dass dieses Ereignis im Lichte der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Unfallkausalität von Bandscheibenvorfällen eher den nicht besonders intensiven oder schweren zuzuweisen ist (vgl. dazu David Weiss, Bemerkungen zum Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, in: AJP 2006, S. 880 f., mit einer Zusammenstellung verschiedener BundegerichtsUrteile zu dieser Frage). Da der Bus erst kurz vor der Notbremsung angefahren ist, kann davon ausgegangen werden, dass er nicht mit einer hohen Geschwindigkeit unterwegs war. Zudem ist der Sturz aus einer sitzenden Position erfahrungsgemäss mit einer geringeren Krafteinwirkung verbunden als ein Sturz aus einer stehenden Position. Des Weiteren wurden in der MRT vom 26. Mai 2014 auch keine Zeichen einer Kontusion des linken Knies gefunden. Dies spricht – wie Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. Juni 2015 feststellt – dafür, dass der Aufprall gegen den Sitz kaum sehr heftig gewesen sein kann. Der medizinischen Erfahrungstatsache gemäss war das

Unfallereignis somit nicht besonders schwer und wäre wohl nicht geeignet gewesen, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen. Im Notfallbericht vom 22. Mai 2014 wurden denn auch weder ein Hinweis auf einen lumboradikulären Ausfall noch eine ossäre Läsion festgestellt. Damit fehlt es sowohl an der notwendigen Unfallschwere wie auch an einer echtzeitlichen Diagnose. Selbst wenn die Diskushernie, wie der Beschwerdeführer geltend macht, unfallkausal gewesen wäre, wäre der Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien in der Regel nach drei bis vier Monaten und somit spätestens am 22. Oktober 2014 als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 7**

Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Kausalitätsbeurteilung von Dr. G. \_\_\_\_ gefolgt ist und somit ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 22. Mai 2014 per 3. Oktober 2014 eingestellt hat. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes zu, so ist dem Beweisantrag des Beschwerdeführers, wonach ein unabhängiges Gutachten, welches sich zur Kausalitätsfrage zu äussern hat, zu beauftragen sei, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht Beweisanträge zu stellen und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen – wie im vorliegenden Fall – ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 23. Mai 2016 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

#### **E. 8**

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 erkannt: //: 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.