

BL_GERICHTE 725 21 162 / 214 vom 22. September 2023

BL Gerichte, 2023-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_21_162___214

FR: BL_GERICHTE 725 21 162 / 214 du 22 septembre 2023

IT: BL_GERICHTE 725 21 162 / 214 del 22 settembre 2023

Regeste

Leistungen

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 X. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 Beschwerden zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 21. Mai 2021 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 10. Dezember 2019 einstellte. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt geklagten Rückenbeschwerden mit dem Unfall vom 20. Januar 2019 in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang stehen. 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). 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis

zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt damit eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C_437/2018, E. 2.1). 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.4 Es entspricht 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. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise

und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_151/2012, E. 4 mit Hinweisen). In solchen Fällen hat die Unfallversicherung auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen. 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 schweren Lasten oder ein Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit zu nennen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialversicherungsrechtliche Abteilungen] vom 9. Mai 2005, U 408/04, E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 8C_811/2012, E. 6.2). 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, 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Februar 2019, 8C_755/2018, E. 4.4.2, und vom 14. Oktober 2015, 8C_571/2015, E.2.2.3 je mit Hinweisen; SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C_677/2007]).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.3 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt 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 465 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 medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

E. 5.1

Dem Bericht über ein am 28. Januar 2019 durchgeführtes MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 29. Januar 2019 ist zu entnehmen, dass die geklagte Symptomatik bildgebend nicht habe erklärt werden können. Insbesondere sei keine Fraktur oder Neurokompression sichtbar. Es hätten sich leichte degenerative Veränderungen auf Höhe der Lendenwirbelkörper (LWK) 3/4 mit Spondylarthrose, auf Höhe der LWK 4/5 mit rechtsseitiger Osteochondrose Modic I und fokaler foraminaler und extraforaminaler Diskushernie/Extrusion sowie auf Höhe der LWK 5/Sakralwirbelkörper (SWK) 1 mit kleiner sequestrierter medianer Diskushernie gezeigt.

E. 5.2

Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. D., FMH Allgemeine Innere Medizin, machte in seinem ärztlichen Erstbericht zuhanden der Unfallversicherung vom 6. Juni 2019 Angaben zum Unfallhergang. Er diagnostizierte eine Diskopathie, eine Spondylarthrose sowie eine Osteochondrose der LWS. Der Heilungsverlauf könne von psychosozialen Belastungsfaktoren sowie den degenerativen LWS-Veränderungen ungünstig beeinflusst werden. Er habe den Patienten nicht aufgrund des Arbeitsunfalls als arbeitsunfähig beurteilt. Vielmehr habe es zwei Phasen der Arbeitsunfähigkeit vom 27. Februar 2019 bis 4. März 2019 sowie vom 18. März 2019 bis 31. März 2019 gegeben. Der Behandlungsabschluss sei am 21. Januar 2019 erfolgt.

E. 5.3

Auf Anfrage der Helvetia verneinte der beratende Arzt Dr. med. E., FMH Chirurgie, am 2. Juli 2019 das Vorliegen einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG.

E. 5.4

Gemäss Bericht vom 10. Dezember 2019 über ein am gleichen Tag durchgeführtes MRT der LWS liege weiterhin die bekannte kleine foraminale/extraforaminale Diskushernie LWK 4/5 rechts mit möglicher Tangierung von L 4 rechts foraminal vor, welche im Verlauf stationär sei. Die vorbeschriebene mediane Diskushernie LWK 5/SWK 1 sei deutlich grössenregredient mit Auflösung des Sequesters. Es liege keine Neurokompression vor. Die leichte Spondylarthrose auf Höhe LWK 3/4, LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 sei stationär. Ferner sei eine stationäre Osteochondrose LWK 4/5 rechts, weniger ausgeprägt LWK 2/3 sowie LWK 1/2 sichtbar.

E. 5.5

Am 3. Februar 2020 nahm der beratende Arzt der Helvetia Dr. med. F. , Facharzt für Chirurgie, zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Er führte aus, dass unfallkausal von einer leichten Zerrung auszugehen sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von zwei Wochen. Die Unfallkausalität sei aktuell nicht mehr gegeben, das aktuelle MRT zeige keine traumatischen Schäden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die degenerativen Veränderungen der LWS den Heilungsverlauf beeinträchtigen würden.

E. 5.6

In seinem Bericht vom 6. Januar 2020 diagnostizierte der behandelnde Arzt G. , Facharzt für Orthopädie, eine chronisch rezidivierende Lumboischialgie rechts bei Diskushernie L 4/L 5 rechts mit Pelottierung der Nervenwurzel L 5 rechts und Zustand nach deutlicher Diskushernie L 5/S 1, derzeit in Remission und ohne Kompromittierung der neuronalen Strukturen (gemäss MRI vom 10. Dezember 2019). Der Patient klagt seit circa einem Jahr über rezidivierende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein nach einem Verheben bei der Arbeit als Gärtner, wobei er sich zwei Diskushernien zugezogen habe. Die Lumboischialgie mit Diskushernie L 4/5 mit Pelottierung der Nervenwurzel L 5 rechts würden durch die schwere Arbeit in der Gärtnerei immer wieder aktiviert. Der Patient sei derzeit und bis zur Aufnahme einer körperlich leichteren Arbeit am 1. April 2020 krankgeschrieben.

E. 5.7

Gemäss Bericht von Facharzt G. vom 10. März 2020 seien bei einer für den Patienten zumutbaren Tätigkeit Überbelastungen zu vermeiden. Die Tätigkeit solle wechselbelastet sein mit Gehen, Stehen und Sitzen sowie ohne Zwangspositionen und ohne Heben oder Tragen von Gewichten über 10 kg.

E. 5.8

Mit ärztlichen Zeugnis vom 28. April 2020 wiederholte Facharzt G. das definierte Arbeitsprofil. Bei weiterer Belastung der Wirbelsäule sei eine Progredienz der Beschwerden zu prognostizieren.

E. 5.9

Zuhanden der Beschwerdegegnerin nahm der behandelnde Orthopäde am 15. Mai 2020 Stellung. Entgegen der Auffassung der beratenden Ärzte des Unfallversicherers sei er der Meinung, dass die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule eindeutig kausal mit dem Ereignis vom 20. Januar 2019 zusammenhängen würden. Es handle sich dabei nach wie vor um eine chronischrezidivierende Lumboischialgie rechts durch eine Diskushernie L 4/5 mit Pelottierung der Nervenwurzel L 5 rechts, die sich der Patient bei der Arbeit am 20. Januar 2019 zugezogen habe.

E. 5.10

Der Vertrauensarzt Dr. F. wiederholte mit Schreiben vom 14. Juni 2020 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin, dass unfallkausal lediglich eine leichte Zerrung angenommen werden könne. Im MRT zeige sich keinerlei Anhalt für eine traumatisch bedingte Schädigung. Hingegen seien deutliche degenerative Veränderungen im Bereich der LWS sichtbar. Die Arbeitsunfähigkeit sei für längstens zwei Wochen ausgewiesen. Nach dieser Zeit sei keine Unfallkausalität der Beschwerden mehr gegeben. Die anhaltenden Beschwerden würden hinreichend durch die degenerativen Veränderungen erklärt. Damit würden inzwischen bloss noch unfallfremde Beschwerden aufgrund einer Diskushernie LWK 4/5 rechts mit möglicher Tangierung von L 4 rechts foraminal, einer medianen Diskushernie LWK 5/SWK 1 mit Auflösung des Sequesters ohne Neurokompression und leichten Spondylarthrosen auf Höhe LWK 3/4, LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 sowie Osteochondrosen LWK 4/5 rechts, weniger ausgeprägt LWK 2/3 sowie LWK 1/2 vorliegen.

E. 5.11

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin eine neurologische Aktenbeurteilung von Dr. med. C. vom 28. Juli 2021 ein. Darin führte dieser aus, dass das Ereignis vom 20. Januar 2019 echtzeitlich nur grob dokumentiert sei. In der Bildgebung vom 28. Januar 2019 hätten sich keine die Beschwerden erklärende Befunde gezeigt. Überdies fänden sich keine Hinweise auf eine Traumatisierung, beispielsweise ein Ödem, eine Fraktur, eine beschwerdewirksame Kompression oder eine Blutung, die zweifelsfrei eine erhebliche Krafteinwirkung auf die lumbale Wirbelsäule dokumentiert hätte. Ein Sturz auf den Rücken sei nicht beschrieben oder aus Befunden abzuleiten. Somit entfallende eine Quetschung (Prellung) oder Kontusion der lumbalen oder paralumbalen Weichteile oder Knochen. Eine axiale Kompression der LWS oder Sakralwirbelsäule (SWS) lasse sich aus dem beschriebenen Verletzungsmechanismus nicht ableiten. Somit sei eine muskuloligamentäre Verletzung durch Traktion (Zug) oder Torsion (Dehnung) der paralumbalen Weichteile am besten mit den geklagten Beschwerden nach dem Ereignis und dem dokumentierten Verlauf vereinbar. Die Verursachung einer Diskushernie durch die beschriebene Rumpfbewegung sei wohl möglich, aber als Ursache der Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich. Die in späteren Akten beschriebenen neurogenen/neuropathischen Schmerzen seien in den ersten medizinischen Berichten nicht aufzufinden und ihre ursächliche Zuordnung zum Ereignis vom 20. Januar 2019 sei nicht mindestens im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen. Für die leichten bis leicht fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der unteren LWS bestehe vor dem Ereignis vom 20. Januar 2019 kein klinisches Korrelat, der Versicherte sei in der Lage gewesen, seine als körperlich schwer einzustufende Beschäftigung auszuüben. Ob die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der unteren LWS für die Beschwerden nach dem Ereignis verantwortlich seien, lasse sich nicht faktisch nachweisen. Ein gegebenenfalls begünstigender Anteil der degenerativen Veränderungen am chronischen Verlauf lasse sich nicht quantifizieren, er wäre indessen gering, da der Versicherte vergleichbare Bewegungen des Rückens zuvor häufig und ohne akute Schmerzen durchgeführt habe. Die unfallfremden Faktoren hätten auf die unfallbedingte Behandlung und eine allfällige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit keinen Einfluss. Das Ereignis vom 20. Januar 2019 habe zu keiner nachgewiesenen Strukturschädigung an der LWS oder an den Nerven der Cauda equina respektive an den lumbosakralen Nervenwurzeln geführt. Bei fehlenden nachgewiesenen strukturellen Grundlagen sei eine Schädigung der Nerven, Nervenwurzeln oder des Plexus

lumbosakralis durch den Unfall nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerden seien in den ersten Wochen nach dem Ereignis zurückgegangen, was ebenfalls gegen eine richtungsgebende Verschlimmerung der Beschwerden durch das Ereignis vom 20. Januar 2019 spreche. Der Status quo sine der vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung durch die muskuloligamentäre Zerrung sei überwiegend wahrscheinlich nach vier Wochen, somit per Ende Februar 2020, erreicht. Zur Frage nach einer unfallkausalen Verursachung einer Pelottierung der Nervenwurzel führte Dr. C. aus, dass darunter ein mechanischer Zug oder Druck an der Nervenwurzel verstanden werde. Die Ursachen dafür seien vielfältig, eine traumatische Diskushernie könne eine mögliche Ursache sein. Häufiger seien aber degenerative Veränderungen an den Wirbeln für eine Pelottierung verantwortlich. Eine traumatische Diskushernie mit Zug/Einengung der Nervenwurzel führe sofort innerhalb von Sekunden bis Stunden zu neurologischen Störungen, die für das Innervationsgebiet dieser Wurzel typisch seien. Dieser neuropathologische Zusammenhang sei beim Versicherten weder dokumentiert, noch lasse er sich aus dessen Angaben ableiten. Die vorliegenden Berichte mit neurologischen Befunden wiesen auf keine funktionelle Relevanz der Pelottierung der Nervenwurzel L 5 rechts hin. Die Betonung der Kausalität durch den Facharzt G. im Bericht vom 15. Mai 2021 beruhe auf der Diskushernie L 4/L 5, deren Ursache jedoch nicht durch zusätzliche pathologische Befunde als verletzungsbedingt beurteilt werden könne. Die Pelottierung der Nervenwurzel sei nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 20. Januar 2019 zurückzuführen. Die Diskushernie L 4/L 5 liege an einer bevorzugten Stelle für degenerativ bedingte lumbale Diskushernien. Eine traumatische Ursache wäre durch Begleitbefunde gesichert worden, die vorliegend nicht gegeben seien. Die dokumentierten Beschwerden entsprächen nicht dem Innervationsgebiet der Wurzeln L 4 oder L 5. Die Nervenwurzelpelottierung rechts erkläre die Beschwerden links nicht. Der Sachverhalt einer Ischialgie werde beim Versicherten trotz Diagnose nicht beschrieben.

E. 5.12

Der Orthopäde G. nahm am 2. November 2021 zur Aktenbeurteilung von Dr. C. Stellung. Er führte aus, dass die sonst typischen Zeichen einer traumatischen Verletzung der Wirbelsäule beim Ereignis vom 20. Januar 2019 eher nicht zu erwarten gewesen seien, da der Beschwerdeführer weder gestürzt sei noch eine andere äussere Einwirkung auf die Wirbelsäule stattgefunden habe. Die Kausalität bestehe vielmehr zwischen der Drehbewegung und vor allem dem Stolpern mit einem schweren Gewicht in den Händen, was die Belastung an die Bandscheiben der unteren LWS (biomechanisch bei leichter Vorneigung bis zu 750 kg) ruckartig verstärkt habe und zum Riss des Anulus fibrosus geführt habe. Dieser Hergang passe sehr genau zu den vom Patienten angegebenen akuten Rückenschmerzen (Zwick). Auch die äusserst unspezifische, nicht genau einer Nervenwurzel zuordenbare Ausstrahlung ins Gesäss beidseits und in den Oberschenkel sei typisch für solche Verletzungen, wenn die Nervenwurzel nicht primär und dauerhaft eingeklemmt werde. Bei der Betrachtung der MRT-Bilder vom 28. Januar 2019 sei ganz deutlich eine Diskushernie L 4/L 5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L 4 sowie eine sequestrierte massive Diskushernie L 5/S 1 mit Kontakt zur Nervenwurzel L 5 links zu erkennen. Der Befund, welcher im radiologischen Bericht zwar beschrieben, jedoch falsch interpretiert worden sei, erkläre sehr wohl die zuerst unspezifische Ausstrahlung ins Gesäss und den rechten Oberschenkel. Die von Dr. C. angeführten weiteren Erklärungen der Beschwerden mittels Traktion oder Torsion seien seines Erachtens rein spekulativ und mit keinen klinischen oder bildgebenden Befunden belegt. Die Bestätigung der eindeutigen

Kausalität sei die Tatsache, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis über keinerlei dokumentierte Beschwerden im Bereich der LWS geklagt habe. Der radiologische Befundbericht des MRT vom 29. Januar 2019 sei auch insofern falsch, als er die Abschlussplattenveränderung der Deckplatte LWK 5 als degenerativ (Modic I) beurteile. Das leichte Knochenödem der ventralen und lateralen Kante rechts des LWK 5 bei noch recht breitem Diskus sei als frisch und nicht degenerativ einzuordnen und korreliere gut mit dem Ereignis vom 20. Januar 2019.

E. 5.13

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2021 liess sich wiederum Dr. C. zur Stellungnahme des behandelnden Orthopäden vernehmen. Er merkte an, dass das Gewicht des Korbes, den der Beschwerdeführer beim Ereignis hielt, nirgendwo festgehalten sei. Dass der Korb oder die Kiste mit den Golfbällen eine unübliche Belastung dargestellt hätte, gehe nicht aus den Unterlagen hervor. Die Körperdrehung und das Vorbeugen des Rumpfes sei nicht als ungewöhnliche Körperbewegung zu bezeichnen. Die Ungewöhnlichkeit sei vielmehr im Stolpern zu sehen. Dabei seien die Richtung des Stolperns und die Körperbelastung nicht beschrieben worden. Es sei festzuhalten, dass die Arbeitsunfähigkeit im ärztlichen Erstbericht ausdrücklich nicht aufgrund des Unfalls attestiert worden sei. Vielmehr sei die erste Phase der Arbeitsunfähigkeit erst mehr als einen Monat nach dem Unfall ausgewiesen worden, was angesichts des körperlich anspruchsvollen Berufs des Beschwerdeführers bei einer akuten (traumatischen) lumbalen Diskushernie atypisch sei. Insgesamt fehle es an überzeugenden Argumenten dafür, dass der Unfall zu den Diskushernien geführt habe, namentlich an der Beschreibung einer körperlichen Überbelastung bei einer unüblichen Körperbewegung, die zu sofortigen Symptomen geführt habe, und an einer bildgebenden Darstellung einer Verletzung der Wirbelsäule, der Cauda aquina oder der Nervenwurzeln. Nach eigener Durchsicht der MRI-Bilder sei festzustellen, dass zwischen dem 28. Januar 2019 und dem 10. Dezember 2019 sowie dem 28. August 2020 kein Rückgang des angeblichen traumatischen Ödems sichtbar sei. Die Wahrscheinlichkeit einer bildgebend erfassten traumatischen Veränderung bleibe seiner Auffassung nach im Bereich des Möglichen, eine solche sei jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung ins rechte Bein würden nicht hinterfragt. Die Interpretation, der Verlauf der Beschwerden nach dem Ereignis vom 20. Januar 2019 sei einer Traumatisierung der lumbalen Wirbelsäule mit einer bis zwei Diskushernien zuzuordnen, halte er als hypothetisch, d.h. möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich.

6.1. Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Einstellung der Leistungen in medizinischer Hinsicht auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. F. vom 3. Februar 2020 und 14. Juni 2020. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich stets Beweiswert zuerkannt (BGE 135 V 465 E. 4.4, vgl. E. 4.2 hiervor). Auch einem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Wie

in Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt, sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Solche Zweifel sind bei den Beurteilungen von Dr. F. gegeben. Zunächst ist festzuhalten, dass die Beurteilungen vom 3. Februar 2020 und 14. Juni 2020 verhältnismässig kurz und oberflächlich ausgefallen sind. Der beratende Arzt hat sich ferner in keiner Weise mit der abweichenden Einschätzung des behandelnden Facharztes G. auseinandergesetzt, womit letztlich auch nicht klar ist, ob ihm sämtliche Akten zur Verfügung gestanden sind.

6.2. Die Zweifel an der Schlüssigkeit der Einschätzung Dr. F. haben auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren durch die Beurteilungen und Stellungnahmen von Dr. C. nicht ausgeräumt werden können. Die im Gerichtsverfahren nachträglich zur Erhellung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts ins Verfahren eingebrachten versicherungsinternen ärztlichen Auskünfte sind im Hinblick auf den geltenden Untersuchungsgrundsatz und die freie Beweiswürdigung zwar zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2018, 8C_916/2017, E. 3.1), es sind bei ihnen aber dieselben strengen Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen. Die Beurteilungen von Dr. C. sind im Gegensatz zu denjenigen von Dr. F. ausführlich, sie beziehen sich auf die vorhandenen Akten und seine Schlussfolgerungen sind begründet. Indessen stehen seiner Einschätzung die konkreten und differenzierten Einwände des Facharztes G. gegenüber. Der behandelnde Facharzt legt nicht bloss eine pauschale Bejahung der Unfallkausalität, sondern eine im einzelnen begründete Stellungnahme vor. Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat sich zwischen dem beratenden Arzt Dr. C. und dem behandelnden Orthopäden ein regelrechter Fachstreit entwickelt, bei dem sowohl die Interpretation der bildgebenden Untersuchungen als auch die Richtigkeit der dazugehörigen Berichte umstritten ist. Uneinigkeit besteht darüber hinaus über die unfallbedingte Verursachung der Pelottierung und ihre Bedeutung für die Beschwerden des Versicherten. Die Begründungsdichte der Ausführungen und Argumente des Facharztes G. vermögen somit auch an den Beurteilungen Dr. C. zumindest geringe Zweifel zu wecken, womit nicht mehr auf die Beurteilungen des versicherungsinternen Arztes abgestellt werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 31. Januar 2012, 8C_800/2011, E. 3.3 und 3.5 und vom 7. Dezember 2016, 8C_679/2016, E. 3.3.1). Indessen kann vorliegend ebenso wenig unbesehen auf die Einschätzung des behandelnden Facharztes abgestellt werden. Neben den dargestellten Unsicherheiten in Bezug auf die Bildgebung und die Einschätzung der Nervenpelottierung stellen sich weitere Fragen bezüglich des Unfallhergangs, des Verletzungsmechanismus und den vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der LWS. Weder die versicherungsinternen Ärzte noch der behandelnde Facharzt setzen sich sodann genügend mit der Frage einer allfälligen Teilkausalität auseinander. (vgl. E. 3.2 hiervoor). Eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage ist folglich nicht möglich. In dieser Situation muss ein externes medizinisches Gutachten (Art. 44 ATSG) veranlasst werden.

6.3 Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass vorliegend insbesondere aufgrund der konkreten und differenzierten Einwände des behandelnden Facharztes Zweifel an den Einschätzungen der versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen bestehen, welche einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegenstehen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die

nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 139 V 100 E. 1.1, 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen. Da sie somit den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG zur Frage der natürlichen Kausalität der LWS-Beschwerden an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch des Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 7.1 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. 7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 7.2.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 25. November 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 31 Stunden und 40 Minuten sowie Auslagen von Fr. 180.-- geltend gemacht. Die ausgewiesenen Bemühungen und Auslagen müssen als zu hoch bezeichnet werden. Zunächst ist festzustellen, dass die detaillierte Abrechnung zwei Aufwendungen im Umfang von insgesamt 15 Minuten beinhaltet, die auf den Kontakt mit der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers zurückzuführen sind. Diese Bemühungen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und sind daher praxisgemäss nicht zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 16. Dezember 2021 [720 20 127] E. 10.4, vom 20. März 2018 [720 2018 28] E. 6.3 und vom 9. November 2017 [720 17 283] E. 9.3 sowie Beschluss der Präsidentin vom 23. September 2016 [720 16 51] E. 3.2). Ferner fällt auf, dass gemäss detaillierter Abrechnung des Rechtsvertreters insgesamt 37 Telefonate mit dem Beschwerdeführer und seiner Ehefrau getätigt und dafür Bemühungen von 5 Stunden und 54 Minuten und Auslagen von Fr. 9.-- geltend gemacht wurden. Darüber hinaus sind der Leistungsabrechnung insgesamt 15 Kontakte mit dem Beschwerdeführer und seiner Ehefrau per E-Mail zu entnehmen, wofür der Rechtsvertreter insgesamt 3 Stunden und 6 Minuten geltend macht. Dieser engmaschige Kontakt geht weit über eine zweckmässige und notwendige Vertretung hinaus, zumal er nach Beschwerdeerhebung und damit nach der anfänglichen Instruktion stattgefunden hat. Der diesbezügliche Aufwand ist um 6 Stunden zu kürzen. Für die anerkannten Bemühungen erscheinen Auslagen von Fr 4.-- als angemessen. Ferner erscheint auch der für die Rechtsschriften geltend gemachte Aufwand teilweise als zu hoch. Für das Verfassen der 18-seitigen Beschwerdeschrift wird ein Aufwand von 8 Stunden und 30 Minuten geltend gemacht. Für die achtseitige Replik werden weitere vier Stunden veranschlagt. Der vorliegende Fall bot indessen weder in rechtlicher noch in sachverhaltlicher Hinsicht besonders komplexe Fragen. In den Akten finden sich weder umfangreiche Gutachten noch ausführliche Stellungnahmen der

beratenden Ärzte, mit denen sich der Rechtsvertreter detailliert auseinandersetzen hatte. Inhaltlich wurde letztlich lediglich die ungenügende Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt. Zu beachten ist auch, dass der Vertreter den Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren vertreten hatte, wodurch im Beschwerdeverfahren zwangsläufig verringerte Aufwendungen für das Aktenstudium und rechtliche Abklärungen entstehen. Insgesamt erscheint der geltend gemachte Aufwand als übermässig. Unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls erscheint für die Rechtsschriften und Eingaben ein Aufwand von insgesamt nicht mehr als 11 Stunden und 30 Minuten als angemessen. Schliesslich sind die Bemühungen für die Vorbereitung auf die Hauptverhandlung mit 3 Stunden zu hoch veranschlagt. Hier ist eine Reduktion um 2 Stunden angemessen.

7.2.2 Damit ergeben sich angemessene Aufwendungen im Umfang von insgesamt 20 Stunden und 30 Minuten, was im Quervergleich mit anderen, ähnlich gelagerten Fällen noch immer als grosszügig erscheint. Diese Bemühungen sind zum geltend gemachten Ansatz von Fr. 240.-- pro Stunde zu entschädigen. Ausserdem können Auslagen in der Höhe von Fr. 175.-- anerkannt werden. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer nach dem Ausgeführten eine Parteientschädigung von Fr. 5'487.30 (20 Stunden und 30 Minuten zu Fr. 240.-- plus Auslagen von Fr. 175.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für eine Rückweisungsentscheid, mit der eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. April 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'487.30 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.