



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 14. Mai 2020 (725 19 380 / 107)

---

**Unfallversicherung**

**Leistungseinstellung; Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und den noch geltend gemachten Beschwerden zu Recht verneint.**

\_\_\_\_\_ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Margit Campell

\_\_\_\_\_ Parteien A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

**Basler Versicherungen AG**, Aeschengraben 21, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Matthias Steiner, Rechtsanwalt, Furer & Partner Rechtsanwälte, Steinentorstrasse 13, Postfach 223, 4010 Basel

\_\_\_\_\_ Betreff Leistungen

A.1 Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ arbeitete seit 2007 als Gärtner und Allrounder bei der seiner Ehefrau gehörenden Einzelfirma B.\_\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_\_. Aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses war er bei der Basler Versicherungen AG (Basler) gegen die Folgen von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen versichert.

A.2 Der Versicherte war bereits seit dem 23. April 2017 wegen Ischiasschmerzen zu 100 % arbeitsunfähig, als er am 5. Juni 2017 daheim beim Hochsteigen einer Treppe stolperte und das Gleichgewicht verlor. In der Folge kippte er vom Treppenende rückwärts nach hinten. Dabei zog er sich einen Bruch des 7. Halswirbelkörpers (HWK), eine Hirnerschütterung und Gesichtsverletzungen zu. Vom 6. bis 11. Juni 2017 war er im Spital C.\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo am 8. Juni 2017 der Bruch des 7. HWK mit einer Spondylodese operativ versorgt wurde. Die Basler richtete in der Folge die gesetzlichen Leistungen bis Ende Dezember 2018 aus (vgl. Verfügung vom 7. März 2019). Die gegen die Einstellungsverfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 15. Oktober 2019 ab. Im Wesentlichen wurde begründet, dass die aktuell noch geklagten Beschwerden nicht mehr kausal auf das Unfallereignis vom 6. Juni 2017 zurückzuführen seien.

B. Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat Markus Schmid, mit Eingabe vom 18. November 2019 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Basler zu verpflichten sei, die gesetzlichen Leistungen über den 31. Dezember 2018 hinaus auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei die Basler aufzufordern, die gesamten Akten chronologisch und nummeriert dem Kantonsgericht einzureichen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass das Gutachten der D.\_\_\_\_ AG vom 10. Januar 2019 sowohl aus formellen wie auch aus materiellen Gründen beweisuntauglich sei, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Er leide weiterhin an relevanten, beeinträchtigenden Unfallfolgen, weshalb seine Arbeitsfähigkeit massgeblich eingeschränkt sei.

C. Mit Vernehmlassung vom 6. Februar 2019 beantragte die Basler, vertreten durch Rechtsanwalt Matthias Steiner, die Abweisung der Beschwerde. Unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid sei die Einstellung der Leistungen rechters. Die dagegen vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumente würden daran nichts ändern.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.1 Vorweg ist auf die Einwände formeller Natur einzugehen. Der Beschwerdeführer wendet ein, die Gutachtensaufträge an die D.\_\_\_\_ AG seien erteilt worden, ohne dass er vorgängig angehört worden sei. Es liege damit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor, weshalb die Gutachten bereits aus diesem Grund nicht verwertbar seien.

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mit-

wirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dieser verfassungsmässige Anspruch wird in Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Verbindung mit Art. 44 ATSG konkretisiert. Demnach gibt der Versicherungsträger - sofern zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholt werden muss - der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter oder die Gutachterin aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen.

2.3 Die Beschwerdegegnerin informierte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 19. Juni 2018, dass sie PD Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, von der D.\_\_\_\_ AG beauftragt habe, ihn zu begutachten. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführer mit den Gutachterfragen bedient und aufgefordert, allfällige Ergänzungen zum Fragekatalog mitzuteilen. Der Gutachterauftrag an PD Dr. E.\_\_\_\_ wurde demnach unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben von Art. 44 ATSG erteilt. In Bezug auf die Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Z.\_\_\_\_, ist unklar, in welcher Form der Beschwerdeführer vorgängig darüber in Kenntnis gesetzt wurde. In den Akten findet sich eine Kopie einer E-Mail des zuständigen Sachbearbeiters der D.\_\_\_\_ AG an die Beschwerdegegnerin vom 24. September 2018, welcher zu entnehmen ist, dass sich beim Beschwerdeführer eine neuropsychiatrische (recte wohl: neurologische) Begutachtung aufdränge (vgl. act. 1.045). In der Folge wurde dem Beschwerdeführer eine Terminbescheinigung zugestellt, wonach er am 26. September 2018 von 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr in der MEDAS Z.\_\_\_\_ durch Dr. E.\_\_\_\_ neurologisch untersucht werde. Der Versicherte unterzeichnete diese Bescheinigung am 27. September 2018 vorbehaltlos (vgl. act. 1.047). Daraus kann geschlossen werden, dass er auch mit der neurologischen Begutachtung einverstanden war. Entsprechend hat er in der Einsprache keine Bedenken gegen Dr. E.\_\_\_\_ geäussert. Auch vorliegend bringt er keine konkreten Einwände gegen den begutachtenden Neurologen vor. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist unter diesen Umständen nicht erkennbar. Der entsprechende Einwand des Beschwerdeführers erweist sich deshalb als unbegründet.

3. Materiell ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht per 31. Dezember 2018 eingestellt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 15. Oktober 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbe fugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

4.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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 (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 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).

4.2 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 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 125 f. 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).

5.1 Im Zusammenhang mit der Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers ist zu prüfen, in welchem Ausmass dieser unfallbedingt arbeitsunfähig ist. Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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 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 mit Hinweis).

5.4 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 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich als zentral erweisen.

6.2 Im undatierten Unfallschein des behandelnden Arztes Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, Muesbach/Frankreich, wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 5. Juni 2017 bei einem Treppensturz Hämatome im Gesicht und eine Wunde an der Lippe erlitten habe. Radiologisch sei eine Fraktur des 7. HWK festgestellt worden.

6.3 Die neurochirurgische Abteilung des Spitals C.\_\_\_\_ teilte am 11. Juni 2017 mit, dass der Beschwerdeführer beim Eintritt am 6. Juni 2017 einen Glasgow Coma Score (GCS)-Wert von 15 ausgewiesen, eine Halskrause getragen und keine sensomotorischen Defizite gezeigt habe. Eine Wunde im rechten Kinnbereich sei bereits notfallmässig behandelt gewesen. Am 8. Juni 2017 sei eine Osteosynthese durchgeführt worden. Die postoperative Behandlung habe sich einfach gestaltet und die radiologische Kontrolle sei befriedigend gewesen. Bei der Entlassung hätten keine sensomotorischen Defizite an den Extremitäten bestanden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig.

6.4 Gemäss Assessment-Bericht der D.\_\_\_\_ AG vom 26. Juli 2017 hätten beim Versicherten bereits im Vorfeld zum Unfallereignis vom 5. Juni 2017 chronische Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung ins rechte Bein bis zum Knie sowie mit einer Minderung des Gefühls und der Kraft bestanden. Zu den Vorzuständen seien jedoch nur wenige medizinische Unterlagen vorhanden. Im Dossier fände sich eine UVG-Meldung vom 25. Februar 2016, welche auch einen Treppensturz betroffen habe. Als Folgen seien Rückenschmerzen und eine Knieverletzung rechts und eine Arbeitsunfähigkeit bis 21. Dezember 2016 attestiert worden. Dr. G.\_\_\_\_ habe im April 2017 eine Lumbalgie diagnostiziert und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 31. Mai 2017 bestätigt. Am 5. Juni 2017 sei es zum erwähnten Treppensturz mit Fraktur des 7. HWK gekommen, welche neurochirurgisch im Spital D.\_\_\_\_ versorgt worden sei.

6.5 Die Basler ersuchte die D.\_\_\_\_ AG am 19. Juni 2018, eine konsiliarische Begutachtung des Beschwerdeführers vorzunehmen. PD Dr. E.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 2. und 3. Juli 2018. Im Gutachten vom 10. Januar 2018 (recte: 2019) diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Restbeschwerden und eine leicht reduzierte Belastbarkeit im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) nach/bei instabiler HWK 7-Fraktur am 5. Juni 2017 und einen Zustand nach Spondylodese mit Interponat und Platte am 6. (recte: 8.) Juni 2017, konsolidiert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege ein Zustand nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit bildgebenden Veränderungen, aber ohne Bewusstseinsverlust und Amnesie vor. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, jedoch ohne Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Juni 2017 bestünden ein chronisches lumbovertebrales bis spondylogenes sowie ein sensomotorisches Ausfallsyndrom L3 und L4 rechts bei fortgeschrittener Diskopathie L2-L5 mit Diskushernien L2-L3 sowie L4-L5 und einer Kompression der Nervenwurzel L3 und L4 rechts, Spondylarthrosen L2-L5 aktuell hinsichtlich der Symptomatik dominierend, eine Claudicatio ohne Hinweise auf engen

Spinalkanal, eine ST-Skoliose, teilweise durch Beckentiefstand links bedingt, ein funktionell beeinträchtigendes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links und vorwiegend myofaszial betonte Schulterbeschwerden links ohne Hinweise auf eine spezifische Periarthropathia humeroscapularis. Zudem leide der Beschwerdeführer an einem Schlafapnoesyndrom, einem leichten sensiblen Karpaltunnel- und einem Sulcus ulnaris-Syndrom rechts, einer Adipositas und einem Nikotinabusus. Der Beschwerdeführer habe seit vielen Jahren intermittierende Rückenschmerzen, welche erstmals im Frühjahr 2016 anhaltend mit Ausstrahlungen ins rechte Bein aufgetreten seien. Ausserdem seien damals auch Kniebeschwerden rechts beklagt worden. Seither bestünden auch Kribbelparästhesien im rechten Bein. Am 5. Juni 2017 habe sich der Versicherte bei einem Treppensturz eine instabile artikuläre Fraktur des 7. HWK und Verletzungen im Gesicht zugezogen. Bei einem GCS-Wert von 15 habe radiologisch zudem eine leichte Kontusion rechts frontal sowie ein beidseitiges minimales Subduralhämatom festgestellt werden können. Anlässlich der Beurteilung im D. \_\_\_\_ AG seien aber die lumbalen Rückenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung ins rechte Bein im Vordergrund gestanden. Nach wie vor lägen Schmerzangaben zwischen 4 und 9 auf der visuellen Analogskala (VAS) vor. Es bestünden auch Kribbelparästhesien vom 1. bis 3. Finger links mit Einschlafen der Hand, zum Teil auch nachts, und zunehmende Sensibilitätsstörungen und Mühe beim Hantieren mit der linken Hand. Schliesslich würden seit dem Unfallereignis vom 5. Juni 2017 kognitive Schwierigkeiten mit rascher Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Merkfähigkeitsproblemen beschrieben. Beschwerden im Bereich der linken Schulter würden vor allem beim Hantieren von Lasten und Tätigkeiten über Brusthöhe beklagt, weniger nachts, ausser wenn längere Zeit draufgelegt würde. Die Nackenbeschwerden stünden beschwerdemässig jedoch im Hintergrund. Objektivierbar sei nebst einer Adipositas eine s-förmige, hoch lumbal und thorakal betonte linkskonvexe, tieflumbal rechtskonvexe Skoliose. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäulen (LWS) sei vor allem in Lateralflexion nach rechts und in der Extension eingeschränkt, während die Flexion weitgehend frei sei. Im Bereich des Nackens bestehe vor allem eine Einschränkung der Linksrotation, eher vereinbar mit einer Dysfunktion der oberen HWS oder muskulär, währenddem die übrige Beweglichkeit weitgehend uneingeschränkt sei. Dagegen sei das Tinel-Zeichen positiv und es lägen Sensibilitätsstörungen sowie eine Thenaratrophy in der linken Hand vor. Im Bereich der linken Schulter seien die bei einer unauffälligen Beweglichkeit vorhandenen Schmerzen bei der isometrisch resistiven Trapeziusprüfung am ehesten mit einer myofaszialen Problematik vereinbar. Kognitiv sei der Versicherte unauffällig. Die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) habe eine zuverlässige Leistungsbereitschaft und eine gute Konsistenz der Tests ergeben. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer leichten wechselbelastenden Arbeit. Limitierend würden sich die lumbale Region sowie das rechte Bein und die linke Hand (vor allem bei feinmotorischen und bei Aufgaben, welche einen Kräfteinsatz mit der linken Hand erforderten) erweisen. Hinsichtlich des Nackens läge eine reduzierte Belastungstoleranz mit reduzierter Stabilisierungsfähigkeit vor, welche sich jedoch nur beim Hantieren von Lasten über Brusthöhe sowie Arbeiten über Schulterhöhe auswirke.

Dr. F. \_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 26. September 2018. Er nannte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Juni 2017 hielt er bei einem Status nach instabiler

Fraktur des 7. HWK und Spondylodese fest, dass aktuell keine Hinweise auf eine radikuläre Ausstrahlung oder Myelopathiezeichen bestünden. Ausserdem beschrieb er einen Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma ohne Bewusstlosigkeit, jedoch mit Kontusionsödem und diskretem epiduralem Hämatom und allenfalls möglichen, aber nur minimen unspezifischen kognitiven Minderleistungen. Als überwiegend nicht unfallkausale Diagnose wurden ein chronisches lumbospondylogenes und radikuläres Syndrom L3-L4 rechts mit schweren Segmentdegenerationen in der unteren LWS sowie eine rechtsseitige Foramenstenose genannt, welche zusätzlich durch eine Skoliose mit Muskelatrophie der Oberschenkelmuskulatur rechts akzentuiert sei. Nicht unfallkausal und ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bestünden ein elektrophysiologisch nachgewiesenes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links und ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts, ein leichtes sensibles Sulcus ulnaris-Syndrom rechts, ein schwergradiges, aber gut kontrolliertes Schlafapnoesyndrom und eine Adipositas. Der Beschwerdeführer bezeichne die Einschränkungen im Bereich der LWS und der rechten unteren Extremität als Hauptproblem. Durch die unfallkausalen Diagnosen könnten keine irreversiblen komplexen Funktionseinschränkungen medizinisch plausibel gemacht werden. Die verminderte Rückenbelastbarkeit sei sicher bereits durch vorbestehende erhebliche degenerative Wirbelsäulenschädigungen erklärbar. Hinsichtlich der HWS seien bei einem Status nach Spondylodese keine neurokompressiven oder neuroirritativen Störungen nachweisbar. Das Karpaltunnelsyndrom (links mehr als rechts) sei unfallfremd. Das Schlafapnoesyndrom sei sehr wahrscheinlich durch die Gewichtszunahme erklärbar. Diese Störung sei aber als reversibel zu verstehen und ausserdem gut kontrolliert. Aus neurologischer Sicht lägen ein Status quo sine und funktional ein Status quo ante vor und auf der Grundlage unfallkausaler Funktionseinschränkungen bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Das Zumutbarkeitsprofil werde vorrangig durch die unfallfremden vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen bestimmt. Die Vorzustände würden weit überwiegend dominieren.

Zusammengefasst bestehe eine multifaktorielle Problematik, wobei vor allem die lumbalen Rückenbeschwerden und die Einschränkungen im Bereich der linken Hand im Vordergrund seien. Die Nackenproblematik bei Status nach Fraktur des 7. HWK und Spondylodese wirke sich noch beim Hantieren von leichten Lasten über Brusthöhe sowie bei Arbeiten über Schulterhöhe aufgrund einer noch reduzierten Stabilisierungsfähigkeit aus. Ausserdem seien die gefundenen Restfunktionsstörungen und muskulären Befunde hauptsächlich auf die obere HWS fokussiert. Bei Fortführung des stabilisierenden Trainings mit der Nackenmuskulatur sei jedoch nach 3 Monaten (bzw. bis Ende Jahr) aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht zumindest von einem Status quo sine auszugehen. Hinsichtlich der Folgen eines leichten Schädel-Hirn-Traumas ohne Bewusstlosigkeit und Amnesie würden zwar subjektiv noch Beschwerden angegeben, objektiv hätten jedoch weder in der neurologischen noch in der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung in Übereinstimmung mit den ausgeübten Alltagsfunktionen inkl. Autofahren Hinweise auf relevante kognitive Einschränkungen gefunden werden können. Das Müdigkeitssyndrom sei als multifaktoriell und unspezifisch zu betrachten. In der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde unter Berücksichtigung der Resultate der EFL festgestellt, dass die angestammte Tätigkeit aus medizinischer Gesamtsicht (krankheitsbedingt und unfallmässig) nur hinsichtlich der Führungsaufgaben, welche 10-20% ausgemacht hätten, ausgeübt werden könne. Krankheitsbedingte Ursachen stünden im Vordergrund, wohingegen die Unfallfolgen lediglich zu einer vorübergehend eingeschränkten Funktion geführt hätten. Da in Bezug auf die Rückenbeschwerden und

den diesbezüglichen Funktionseinschränkungen weitgehend von einem stabilen Zustand ausgegangen werden könne, dürfte sich auch in Zukunft die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit krankheitsbedingt nicht namhaft verändern. Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Aktivitäten über Schulterhöhe aufgrund einer reduzierten Stabilisierungsfähigkeit im Bereich des Nackens seien bis zum Erreichen des Status quo sine auch unfallbedingte Diagnosen mitbeteiligt bei der Einschränkung.

6.7 Im Rahmen des Einspracheverfahrens äusserte sich Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 2. März 2019 zu den Ausführungen von PD Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_. Er hielt fest, dass deren versicherungsmedizinische Kausalitätsbeurteilung grobe Mängel aufweise und nicht korrekt sei bezüglich der natürlichen Kausalität der medizinischen Situation. So setze ein Status quo sine einen Schaden, typischerweise eine Degeneration an der HWS voraus, welche aber weder radiologisch zu sehen noch intraoperativ beschrieben worden sei. Zudem sei ein Entfernen eines Wirbelkörpers und eine Metallcageeinlage ein definitiver Schritt in eine richtungsgebende Verschlimmerung, da damit anatomische Strukturen endgültig entfernt wurden. Deshalb seien der Status quo sine und der Status quo ante nicht mehr erreichbar. Die Begleitbeschwerden seien Folgeschäden des Schädel-Hirn-Traumas, welche erfahrungsgemäss bis 2 Jahre nach dem Unfall positiv verbessert werden können. Erst dann könne mittels Bestimmung der Restfolgen und des Integritätsschadens ein eventuell vorliegender Endzustand festgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei somit weiterhin relevant eingeschränkt. Zu beachten sei ferner, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit mittelschwere bis schwere Arbeiten verrichtet habe.

7.1 In Würdigung der vorstehend geschilderten medizinischen Unterlagen ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid bzw. in der diesem zu Grunde liegenden Verfügung gestützt auf die Beurteilungen von PD Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ davon aus, dass beim Versicherten der medizinische Endzustand hinsichtlich der Unfallfolgen Ende Dezember 2018 erreicht gewesen sei. Sinngemäss sei nicht ersichtlich, dass im genannten Zeitpunkt von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen wäre. Der Beschwerdeführer bestreitet dieses Vorgehen insbesondere unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_.

7.2.1 Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 137 V 199 E. 2.1, 134 V 109 E. 4.1). Die verunfallte Person hat demgemäss Anspruch auf Heilbehandlung, solange von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere

(zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts vom 22. Juli 2016, 8C\_285/2016, E. 7.1 und vom 31. Juli 2013, 8C\_970/2012, E. 2.3).

7.2.2 Der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2018 ist im Lichte der vorstehenden Beurteilungen nicht zu beanstanden. Sie stellte dabei auf die Ausführungen von PD Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ ab, welche in Bezug auf den beim Unfall vom 5. Juni 2017 erlittenen Bruch des 7. HWK und der in der Folge durchgeführten Spondylodese übereinstimmend ausführten, dass eine ausgeheilte und stabile Situation vorliege. Die Nackenproblematik wirke sich im Untersuchungszeitpunkt lediglich noch bei Hantieren von leichten Lasten über Brusthöhe sowie Arbeiten über Schulterhöhe aufgrund einer noch reduzierten Stabilisierungsfähigkeit aus. Ihre Schlussfolgerung, wonach bei Fortführung des stabilisierenden Trainings noch längsten bis Ende 2018 eine zu berücksichtigende Einschränkung vorliege, ist nachvollziehbar. Hinsichtlich der Folgen des leichten Schädelhirntraumas ohne Bewusstlosigkeit und Amnesie stellten die Gutachter keine objektivierbaren Beschwerden fest und verwiesen auf die durch den Beschwerdeführer ausgeübten Alltagsfunktionen inkl. Autofahren. Sie gingen deshalb zu Recht davon aus, dass keine relevanten kognitiven Einschränkungen bestätigt werden konnten. Das vom Beschwerdeführer ebenfalls beklagte Müdigkeitssyndrom bezeichneten sie nachvollziehbar als multifaktoriell und unspezifisch. Die vorgenommene Einschätzung der Gutachter, wonach der Endzustand Ende Dezember 2018 eingetreten sei, erscheint deshalb insgesamt nachvollziehbar und einleuchtend. Demgegenüber weist Dr. H.\_\_\_\_ betreffend den Endzustand auf die Möglichkeit hin, dass sich die Folgeschäden des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas noch verbessern würden. Durch welche Massnahmen ein namhafter therapeutischer Fortschritt erzielt werden könnte, ist seinen Ausführungen aber nicht zu entnehmen. Weiter setzt er sich nicht mit den Untersuchungsergebnissen von Dr. F.\_\_\_\_ auseinander, der im Rahmen seiner neurologischen Untersuchung keine relevante kognitive Minderleistung mehr feststellen konnte. Die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ betreffend den Endzustand vermag nicht zu überzeugen bzw. den Beweiswert der gutachterlichen Feststellungen zu schmälern. Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb davon auszugehen, dass der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG per 31. Dezember 2018 erreicht und die Basler berechtigt war, den Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) auf diesen Zeitpunkt hin abzuschliessen.

8.1 Die Beschwerdegegnerin prüfte in der Folge den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente im Sinne von Art. 18 UVG und eine Integritätsentschädigung (vgl. Art. 24 UVG). Dabei stützte sie sich auf die Ausführungen der Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2018 und PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2019. Sie ging deshalb davon aus, dass zwischen dem Ereignis vom 5. Juni 2017 und den noch geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Kausalität mehr vorliege, weshalb sie über den 31. Dezember 2018 hinaus keine Leistungen

schulde. Diese vorinstanzliche Beweismwürdigung ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ und PD Dr. E.\_\_\_\_ erfüllen sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt (vgl. E. 5.3 hiervor). Die Gutachter setzen sich hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinander und vermitteln insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Alsdann nehmen sie gestützt auf ihre eingehenden persönlichen Untersuchungen und Befunderhebungen eine schlüssige Beurteilung der Kausalitätsfrage vor. Ihre Gesamtbeurteilung steht auch im Einklang mit dem Gesundheitszustand, wie er in den vorhandenen medizinischen Unterlagen dokumentiert wird, weshalb sie grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Einzig die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ betreffend das Erreichen des Status quo sine vel ante sind nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich ist mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen, dass - wie Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 2. März 2019 zu Recht ausführt - nach der erfolgten Spondylodese, bei welcher zur Stabilisierung der HWS zwei Halswirbel versteift wurden, in diesem Bereich ein irreversibler Bewegungsverlust der Wirbelsäule besteht. Deshalb kann ein Zustand, wie er vor bzw. ohne den Unfall bestanden hat bzw. hätte, nicht mehr erreicht werden. Auch PD Dr. E.\_\_\_\_ kommt zum Schluss, dass ein Status quo ante wohl unwahrscheinlich ist. Die Einschätzung zur Frage des Status quo sine vel ante von Dr. F.\_\_\_\_ überzeugen daher nicht, weshalb in diesem Punkt nicht darauf abgestellt werden kann. Letztlich ändert diese Erkenntnis und die Kritik von Dr. H.\_\_\_\_ an der Beurteilung der Gutachter aber nichts an der Tatsache, dass zwischen dem Unfall vom 5. Juni 2017 und den über dem 31. Dezember 2018 geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr besteht. Unter diesen Umständen erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur Frage des Erreichens des Status quo sine vel ante.

8.2.1 Auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen. Dabei ist zu beachten, dass er aufgrund der radiologischen Untersuchungen sowie aufgrund der Krankengeschichte an degenerativen Veränderungen der LWS leidet. Gestützt auf die Röntgenuntersuchung der LWS vom 23. Mai 2017 lag beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfallereignis eine deutliche Skoliose linkskonvex, mit Drehpunkt L2-L3 mit entsprechender foraminaler Beengung rechts vor. Aufgrund der MRI-Untersuchung der LWS vom 19. September 2017 zeigten sich sodann in Etage L2-L3 eine posteromediale Diskushernie rechts (welche ein L3-Syndrom erklären könnte), in Etage 3-4 eine Vorwölbung der Bandscheibe mit Kontakt zur Nervenwurzel L4, in Etage 4-5 eine Diskushernie mit rechts posteromedialer Vorwölbung (mit foraminaler Komponente, welche ein L5-, aber auch ein L4-Syndrom erkläre) und eine Osteochondrose Modic II in Etage L5-S1 (vgl. Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2018 S. 3/21). Die daraus resultierenden Beschwerden und Einschränkungen sind - auch wenn die entsprechende Bildgebung nach dem Unfallereignis datiert - degenerativer Natur, weshalb sie zu Recht nicht berücksichtigt wurden. Es war daher - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht an der Beschwerdegegnerin, im vorliegenden Verfahren darzutun, wie sich diese degenerativen lumbalen Beschwerden durch medizinische Massnahmen verbessern oder gar beheben liessen.

8.2.2 Soweit der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt stellt, dass die Parästhesien des 4. und des 5. Fingers der rechten Hand Unfallfolgen seien, kann ihm nicht gefolgt werden.

Dr. F.\_\_\_\_\_ führte im Rahmen seiner Begutachtung eine ergänzende Elektroneurographie durch. Dabei stellte er an der linken Hand messtechnisch ein sehr deutliches unfallfremdes Karpaltunnelsyndrom fest. Die sensiblen Störungen der linken Hand wurden daher nachvollziehbar diesem Befund zugeschrieben. In Bezug auf die Beschwerden am rechten Kleinfinger führte Dr. F.\_\_\_\_\_ aus, dass eine C8-radikuläre Störung im Zusammenhang mit der Operation in Höhe C7-Th1 zwar denkbar wäre. Da motorische Defizite im C8-innervierten Myotom aber (beidseits) nicht feststellbar seien und zudem zervikoradikuläre Reizzustände fehlten, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auch diese Beschwerden nicht auf den Unfall vom 5. Juni 2017 zurückzuführen sind.

8.2.3 Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die in der Beschwerde geltend gemachten Konzentrationsstörungen, die erhöhte Müdigkeit und das Schlafapnoesyndrom. Diesbezüglich ist dem neurologischen Gutachten zu entnehmen, dass während der gesamten Untersuchung trotz der sicherlich auch anstrengenden Befragung weder eine signifikante Müdigkeit noch ein Schlafbedürfnis noch eine Verlangsamung der Bewegungsmuster oder des Sprachflusses aufgefallen sei. Es habe sich keine Veränderung der Mimik, der Haltung oder der Gestik gezeigt. Die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Einschränkungen seien allenfalls minim bis maximal leichtgradig und seien im klinischen Eindruck nicht überzeugend feststellbar. Zwar dokumentierten die CT- und MRI-Befunde trotz fehlender Bewusstlosigkeit und Amnesie eine Gehirnkontusion, so dass initial kognitive Minderleistungen erklärbar wären. Im Verlauf dürfe aber von einer recht guten Restitution ausgegangen werden. Für den Beschwerdeführer selbst seien denn auch nicht mehr spezifische kognitive Minderleistungen ein Problem, sondern vielmehr eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit. Diesbezüglich verwies Dr. F.\_\_\_\_\_ zu Recht auf das schwerwiegende Schlafapnoesyndrom, welches überwiegend wahrscheinlich bei schon vorbestehender latenter Disposition in Form von langjährigem Schnarchen erst mit der Gewichtszunahme nach dem Unfall manifest geworden sei. Insgesamt überzeugen die Ausführungen des Neurologen zu den geltend gemachten kognitiven Beschwerden. Es wird deutlich, dass der Kausalzusammenhang zwischen diesen und dem Unfall vom 5. Juni 2018 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers zu verneinen ist. Die gutachterlichen Ausführungen sind auch diesbezüglich einleuchtend und die dagegen vorgebrachten Argumente vermögen daran nichts zu ändern.

8.2.4 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich unter Hinweis auf Dr. H.\_\_\_\_\_ die Zumutbarkeitsbeurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_\_ in Frage stellt und eine Ausübung der angestammten (als schwer bis mittelschwer einzustufenden) Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachtet, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Der Gutachter hält diesbezüglich fest, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2019 aufgrund der Spondylodese nur noch leichte Gewichte über Schulterhöhe, selten über Kopf heben könne. Dies ist unter Berücksichtigung der Arbeitssituation des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden. Zwar ist die Arbeit im Gartenbau und der Gebäudereinigung teilweise als mittelschwer bzw. schwer einzustufen. Dem von PD Dr. E.\_\_\_\_\_ beschriebenen Profil der angestammten Tätigkeit ist aber zu entnehmen, dass Tätigkeit über Schulterhöhe bzw. über Kopf selten sind und grössere Gewichte nicht erwähnt werden (vgl. Gutachten Seite 21/25). Da aber grössere Gewichte bis zur Horizontalen gemäss den erhobenen Befunden aus unfallmedizinischer Sicht zumutbar sind, ist die Zumutbarkeitsbeurteilung von PD Dr. E.\_\_\_\_\_ nicht zu beanstanden.

8.3 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 18. November 2019 gestellten Antrag des Beschwerdeführers zu entsprechen, wonach ein neurologisches und neurochirurgisches Gutachten anzuordnen sei. 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 ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts 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 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d).

9. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2019 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb als unbegründet abzuweisen.

10. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren 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 werden bei diesem Verfahrensausgang wettgeschlagen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>