



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

**vom 10. September 2015 (725 15 180 / 228)**

---

**Unfallversicherung**

**Leistungseinstellung infolge Erreichung des status quo sine vel ante**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, indemnis Rechtsanwälte, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

**SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Leistungen

A. Die 1960 geborene A.\_\_\_\_ war seit 1. Mai 2010 als Empfangs-Mitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 25. Oktober 2013 wurde A.\_\_\_\_ in einer Tiefgarage nach der Rückkehr vom Einkaufen überfallen, wobei ihr die Handtasche geraubt wurde. Beim Überfall wurde sie von einem der Täter in den Rücken und den Beckenbereich getreten. Nach dem Unfallereignis setzten bei der Versicherten zunehmend Kreuz- und Lendenwirbelsäule-Beschwerden ein, weshalb ihr Hausarzt

Dr. med. C.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, eine bildgebende Diagnostik der Lendenwirbelsäule und des Beckens veranlasste. Diese zeigte gemäss Bericht Radiologie D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2013 nebst einer bereits bekannten flachen, mediolateral rechts gelegenen Diskushernie LWK 4/5 (ohne Progredienz im Vergleich zur Voraufnahme vom 30.12.2010 und ohne neurologische Tangierung) auch eine neu aufgetretene grosse, mediolateral rechts gelegene Diskushernie, sich leicht nach kaudal in den Recessus S1 erstreckend mit ausgeprägter diskogener Obliteration des Recessus S1 und direkter Tangierung und Verlagerung der Nervenwurzel S1 nach dorsal. Nach Eingang der Unfallmeldung erbrachte die SUVA der Versicherten die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 25. Oktober 2013.

Am 18. Februar 2015 erliess die SUVA eine Verfügung, mit welcher sie den Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 24. November 2014 abschloss und die Weiterausrichtung von Versicherungsleistungen ab diesem Datum ablehnte. Zur Begründung hielt sie fest, laut kreisärztlicher Beurteilung seien die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 25. Oktober 2013 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 24. November 2014 erreicht gewesen. Daran hielt die SUVA auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 16. April 2015 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Advokat Nicolai Fullin namens und im Auftrag von A.\_\_\_\_ am 18. Mai 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin Leistungen aus dem Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zu erbringen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen, insbesondere zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, zu tätigen und im Anschluss daran erneut über die weiteren Leistungen aus dem Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 28. Mai 2015 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde.

D. Nachdem die Angelegenheit dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen und den Parteien der Termin der parteiöffentlichen Urteilsberatung angezeigt worden war, liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 18. August 2015 beantragen, es sei eine mündliche Parteiverhandlung durchzuführen, anlässlich welcher sie über das Unfallereignis und dessen Folgen persönlich Auskunft geben könne. Mit Verfügung vom 19. August 2015 wies die instruierende Präsidentin des Kantonsgerichts diesen Antrag ab. Was die Begründung dieses Entscheides betrifft, kann vollumfänglich auf die Erwägungen der genannten Verfügung verwiesen werden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 E.\_\_\_\_, 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 der Versicherten vom 18. Mai 2015 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 25. Oktober 2013 zu Recht per 24. November 2014 eingestellt hat.

2.1 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. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 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 (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 Beweismwürdigung 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).

2.3 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 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [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 P. des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C\_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

2.4 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

higkeit aufgetreten sind (Urteil K. des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C\_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen).

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. 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 (Urteil B. des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C\_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 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 A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

4.1 Wie eingangs ausgeführt, war die Versicherte anlässlich des Überfalls vom 25. Oktober 2013 von einem der Täter in den Rücken und den Beckenbereich getreten worden. Da bei ihr in der Folge zunehmend Kreuz- und Lendenwirbelsäule-Beschwerden einsetzten, veranlasste ihr Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ eine bildgebende Diagnostik des Beckens und der Lendenwirbelsäule. Diese zeigte gemäss Bericht der Radiologie D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2013 zum einen eine bereits bekannte flache, mediolateral rechts gelegene Diskushernie LWK 4/5 (ohne Progredienz im Vergleich zur Voraufnahme vom 30.12.2010 und ohne neurologische Tangierung) und zum andern eine neu aufgetretene grosse, mediolateral rechts gelegene Diskushernie, sich leicht nach kaudal in den Recessus S1 erstreckend mit ausgeprägter diskogener Obliteration des Recessus S1 und direkter Tangierung und Verlagerung der Nervenwurzel S1 nach dorsal. Am 26. März 2014 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, bei der Versicherten eine Diskushernienoperation L5/S1 (Fenestration, Sequestrektomie, Nukleotomie) vor. Im Nachgang zu diesem Eingriff orientierte die Versicherte die Beschwerdegegnerin am 27. Mai 2014 telefonisch, dass es ihr „sehr gut“ gehe und dass sie ab 2. Juni 2014 die angestammte Tätigkeit wieder im bisherigen Pensum (50 %) aufnehmen werde. Im Lauf des zweiten Halbjahres 2014 traten bei der Versicherten wieder Lumbalgien und ins Bein ausstrahlende Schmerzen auf, weshalb sie Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, aufsuchte. Dieser diagnostizierte bei ihr am 19. November 2014 gestützt auf ein am 10. November 2014 erfolgtes MRI der LWS ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Rezidiv-Diskushernie L5/S1 rechts sowie einen Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts. Er führte deswegen am 25. November 2014 eine Re-Diskektomie nach Re-Fenestration L5/S1 rechts durch.

4.2 Auf Vorlage der medizinischen Akten hin verneinte der SUVA-Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, in seiner kurzen Stellungnahme vom 5. Januar 2015 die ihm von der Verwaltung unterbreitete Frage, ob die durchgeführte Operation vom 25. November 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. Oktober 2013 zurückzuführen sei. Zur Begründung wies er darauf hin, dass das damalige Unfallereignis lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens geführt habe. In der Folge ersuchte die Beschwerdegegnerin ihren Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ um eine ausführlichere Stellungnahme, welche dieser am 16. Februar 2015 erstattete. Darin wies er darauf hin, dass am 19. Dezember 2013 durch Kernspintomographien der Lendenwirbelsäule und des Beckens eine strukturell objektivierbare Läsion aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Oktober 2013 habe ausgeschlossen werden können. Die festgestellten Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule würden degenerative Veränderungen darstellen. Als Hauptbefund hätten sich eine Diskushernie bei L4/5 und eine deutliche Chondrose bei L5/S1 sowie zusätzlich eine grosse, mediolateral rechts gelegene Diskushernie mit Verlagerung der Nervenwurzel S1 rechts gezeigt. Im weiteren Verlauf habe Dr. F.\_\_\_\_, der behandelnde Chirurg, festgestellt, dass aufgrund eines sensomotorischen Ausfallsyndroms bei Diskushernie L5/S1 rechts eine Indikation zum operativen Vorgehen bestehe, worauf am 26. März

2014 eine Diskushernienoperation L5/S1 rechts durchgeführt worden sei. Aufgrund persistierender Beschwerden bei lumboradiculärem Reizsyndrom S1 rechts habe Dr. G.\_\_\_\_\_ am 19. November 2014 die Indikation zu einer erneuten Diskushernienoperation L5/S1 rechts gestellt und diesen Eingriff am 25. November 2014 vorgenommen. Dieser Verlauf zeige, dass es durch das Ereignis am 25. Oktober 2013 zu einer vorübergehenden Verschlechterung im Bereich der Lendenwirbelsäule und im Bereich des Beckens gekommen sei. Die am 26. März 2014 operierte Diskushernie bei L5/S1 rechts stelle keine Unfallfolge dar. Es handle sich um einen unfallfremden Befund, welcher vorübergehend verschlechtert worden sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden im Beschwerdebild der Versicherten ab dem 24. November 2014 Unfallfolgen keine Rolle mehr spielen. Die Phase der vorübergehenden Verschlechterung im Bereich des Beckens und der Lendenwirbelsäule sei vorüber. Ab dem 24. November 2014 würden im Bereich der Lendenwirbelsäule und im Bereich des Beckens nur noch krankheitsbedingte Diagnosen überwiegen.

5. Die Beschwerdegegnerin verweist bei ihrer Würdigung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2015. Des- sen Beurteilung lasse sich entnehmen, dass bei der Versicherten eine vorbestehende Diskushernie L5/S1 vorgelegen habe. Der Unfall vom 25. Oktober 2013 habe die Diskushernie eindeutig nicht verursacht, sie sei durch das Ereignis aber symptomatisch geworden. Die am 26. März 2014 erfolgte Diskushernienoperation habe bei der Versicherten - laut ihren eigenen Angaben - zu einer anschliessenden Beschwerdefreiheit von drei bis vier Monaten geführt. Halte man sich diesen Verlauf vor Augen, so könne davon ausgegangen werden, dass das Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zu einer vorübergehenden Verschlechterung der unbestrittenen massen vorbestehenden Diskushernie L5/S1 geführt habe, eine richtunggebende Verschlimmerung des bei der Versicherten bestehenden Vorzustandes an der LWS dürfe hingegen als ausgeschlossen gelten. Was das mit MRI vom 10. November 2014 nachgewiesene und am 25. November 2014 operativ behandelte Diskushernien-Rezidiv betreffe, so bilde dieses Bestandteil der vor dem Unfall vom 25. Oktober 2013 bereits bestehenden Vor- und Grunderkrankung. Die Möglichkeit einer solchen Rezidivbildung könne nämlich aus medizinischer Sicht vor einer allfälligen Operation nie zuverlässig ausgeschlossen werden, weshalb sie als entsprechendes Risiko der Grunderkrankung zuzurechnen sei. Somit sei dem Kreisarzt im Ergebnis dahingehend zuzustimmen, dass bei der Versicherten am 24. November 2014 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zurückgeführt werden könnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, solange keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Kausalitätsbeurteilung des Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_\_ zu zweifeln. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen Dr. H.\_\_\_\_\_ gelangt ist, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Aktenlage und sein Bericht erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Dazu kommt, dass sich in den übrigen

(medizinischen) Akten keine Anhaltspunkte finden, die Anlass geben könnten, die Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung von Dr. H.\_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen.

6.1 Die Versicherte stellt in ihrer Beschwerde die vorinstanzliche Beurteilung der Unfallkausalität ihres Rückenleidens nicht explizit in Frage, ihr Rechtsvertreter weist vielmehr darauf hin, dass die Versicherte bereits früher Opfer eines Überfalls geworden sei. Laut dem behandelnden Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, leide die Versicherte aufgrund dieses früheren Ereignisses an einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es sei, so der Rechtsvertreter weiter, nicht klar, inwiefern das neue Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zu einer zusätzlichen Traumatisierung und damit einhergehenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten geführt habe. Der Sachverhalt sei diesbezüglich von der Beschwerdegegnerin nur ungenügend abgeklärt worden, weshalb diese anzuweisen sei, weitere medizinische Abklärungen, insbesondere zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, zu tätigen und im Anschluss daran erneut über die weiteren Leistungen aus dem Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 zu entscheiden. Von solchen zusätzlichen Abklärungen kann nun allerdings abgesehen werden. Letztlich können nämlich sowohl die Frage, an welchen psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die Versicherte im Zeitpunkt des vorliegend strittigen Fallabschlusses gelitten hat, als auch die weitere Frage, ob die betreffenden psychischen Leiden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 stehen, aus den nachfolgenden Gründen offen bleiben.

6.2 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es 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). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Stehen hingegen psychische Unfallfolgeschäden zur Beurteilung, so hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Danach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbs-

unfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7).

6.3 Wie die SUVA in ihrer Vernehmlassung zutreffend geltend macht, ist diese Voraussetzung vorliegend nicht erfüllt. Dem Unfallereignis vom 25. Oktober 2013 ist zwar eine gewisse Eindrücklichkeit zuzubilligen, von den übrigen Kriterien, die im Rahmen der besonderen Adäquanzprüfung bei mittleren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen - und von einem solchen Ereignis kann hier höchstens ausgegangen werden - rechtsprechungsgemäss in die erforderliche Gesamtwürdigung miteinzubeziehen sind und die für eine Bejahung der Adäquanz in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein müssen (vgl. zum Ganzen: BGE 115 V 140 E. 6c), ist vorliegend aber keines erfüllt: Die Versicherte zog sich beim Unfall keine Körperverletzungen zu, die aufgrund ihrer Schwere oder besonderen Art erfahrungsgemäss geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen herbeizuführen. Im Weiteren war die Versicherte - ihren eigenen Angaben zufolge - nach dem operativen Eingriff während mehrerer Monate beschwerdefrei, sodass weder von körperlichen Dauerschmerzen noch von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen gesprochen werden kann. Unstreitig lag ferner auch keine ärztliche Fehlbehandlung vor, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Schliesslich kann auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt erachtet werden, wenn man berücksichtigt, dass die Versicherte nicht unmittelbar nach dem Unfall, sondern erst ab 10. Januar 2014 arbeitsunfähig geschrieben war und dass sie anfangs Juni 2014, d.h. knapp fünf Monate später, ihre Tätigkeit wieder im gleichen Pensum wie vor den Unfall aufnehmen konnte.

7. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Versicherte per 24. November 2014 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 16. April 2015 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

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 **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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