Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. August 2012 (725 11 187 / 224)

Unfallversicherung

Einstellung der UVG-Leistungen auf Grund des Erreichens des Status quo ante

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	**Helsana Versicherungen AG**, Versicherungsrecht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdeführerin
	gegen
	SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Beigeladener	A.____, vertreten durch Dr. Andreas Bernoulli, Advokat, Dornacherstrasse 192, Postfach, 4018 Basel
Betreff	Leistungen

A. Der 1978 geborene A.____ war in seiner Kindheit an Poliomyelitis erkrankt mit der Konsequenz, dass er am linken Bein an einer Muskelschwäche leidet, das linke Bein etwas kürzer ist und er links einen Hohlfuss aufweist. Seit dem 27. Februar 2006 war A.____ mit einem Pensum von 76% als Lagermitarbeiter bei der B.____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der

Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 29. März 2008 erlitt A.____ einen Unfall, indem er nachts auf dem Heimweg von einem Fest im Dunkeln über eine Strassenschwelle stolperte und stürzte. Laut Bericht des erstbehandelnden Arztes der Chirurgischen Notfallstation des Spitals C.____ vom 30. März 2008 zog er sich beim Anstossen am Hindernis am linken Fuss distale Metatarsale II-V-Frakturen zu. Nachdem die SUVA dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls erbracht hatte, stellte sie mit Verfügung vom 24. Dezember 2008 die Taggeldleistungen per 6. Oktober 2008 mit der Begründung ein, dass die Unfallrestfolgen keine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten mehr bewirken würden. Die von A.____ gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 4. März 2009 mit der Begründung ab, dass die Frakturen nachweislich konsolidiert seien und dass weder im Sehnen- noch im Knochen- noch im articulären Bereich erhebliche Restfolgen vorliegen würden. Aus unfallkausaler Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%, wobei dem Versicherten alle durchschnittlichen belastenden Männerarbeiten ganztags ohne besondere Ausnahmen zumutbar seien. Bei den vorhandenen Beeinträchtigungen im Bereich des linken Fusses stünden nunmehr krankhafte Veränderungen aufgrund der erlittenen Poliomyelitis im Vordergrund.

Eine von A.____, vertreten durch Advokat Dr. Andreas Bernoulli, gegen diesen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), soweit es darauf eintreten konnte, mit Urteil vom 16. September 2009 in dem Sinne gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob, die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die SUVA zurückwies und die SUVA verpflichtete, dem Beschwerdeführer über den 6. Oktober 2008 hinaus weiterhin Taggeldleistungen auszurichten. Das Kantonsgericht erwog im Wesentlichen, dass nicht ohne Weiteres auf die kreisärztliche Einschätzung und die darauf gestützte Schlussfolgerung der SUVA abgestellt werden könne, wonach die vorhandenen Beschwerden des Versicherten nicht mehr in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. März 2008 stünden, sondern ausschliesslich auf die erlittene Poliomyelitis zurückzuführen seien. Vielmehr müsse die Frage der Unfallkausalität der vorhandenen Beeinträchtigungen von einem unabhängigen Facharzt für Orthopädie gutachterlich abgeklärt werden.

In Nachachtung dieses Urteils holte die SUVA bei der Klinik D.____ ein orthopädisches Gutachten ein, welches am 6. September 2010 erstattet wurde. Gestützt auf dessen Ergebnisse stellte die SUVA mit Verfügung vom 27. Januar 2011 ihre Versicherungsleistungen per 31. Januar 2011 (erneut) ein. Gegen diese Verfügung erhoben sowohl A.____ als auch sein Krankenversicherer, die Helsana Versicherungen AG, Einsprache. Mit Entscheid vom 14. April 2011 wies die SUVA die beiden Einsprachen ab, zudem lehnte sie auch das Gesuch des Versicherten um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren wegen Aussichtslosigkeit ab. Zur Begründung machte die SUVA im Wesentlichen geltend, das Gutachten der Klinik D.____ sei zum Schluss gekommen, dass die Zehenfrakturen des Versicherten in guter Stellung vollkommen konsolidiert seien und dass keine unfallbedingten Veränderungen feststellbar seien, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Die feststellbaren Veränderungen seien auf die vorbestehende Poliomyelitis zurückzuführen und somit krankheitsbedingt. Die na-

türliche Kausalität zwischen dem Unfall und den vorhandenen Beschwerden sei daher nicht gegeben.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die die Helsana Versicherungen AG am 17. Mai 2011 Beschwerde beim Kantonsgericht mit den Begehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die SUVA sei zu verpflichten, die gesetzlichen UVG-Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen in Form von Ergänzungsfragen oder eines neuen Gutachtens an die SUVA zurückzuweisen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, die SUVA habe zwar das gerichtlich verlangte Gutachten eingeholt, dieses äussere sich jedoch nicht zu den vom Kantonsgericht aufgeworfenen Fragen. Das Gutachten stelle lediglich den Wegfall der natürlichen Kausalität fest, ohne aber eine Begründung dafür zu geben. Das Gutachten sei daher für die streitigen Belange nicht umfassend, so dass darauf nicht abgestellt werden könne.

C. Mit Verfügung vom 7. Juni 2011 lud das Kantonsgericht den Versicherten A.____ zum vorliegenden Beschwerdeverfahren bei.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 5. August 2011 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten der Klinik D.____ halte klar fest, dass die verschiedenen Veränderungen am linken Fuss auf die Poliomyelitis und nicht auf Frakturen vom 30. März 2008 zurückzuführen seien und dass sich der Vorzustand durch die Unfallverletzungen nicht verschlimmert habe. Die Unfallfrakturen seien deshalb für das aktuelle Schmerzsyndrom nicht verantwortlich. Auch das zwischenzeitlich auf Veranlassung der IV-Stelle Basel-Landschaft im Rahmen des IV-Verfahrens erstellte neurologische Gutachten der Klinik E.____ vom 16. Mai 2011 komme zum Schluss, dass die nach dem Unfall geklagten Hüftschmerzen durch den Unfallmechanismus nicht zu erklären seien. Die Schmerzexazerbation seit dem Stolperunfall lasse sich einerseits dadurch erklären, dass der Versicherte den orthopädischen Spezialschuh nur unregelmässig trage, andererseits sei sie auf die schwierige psychosoziale Situation des Versicherten zurückzuführen. Aus orthopädischer und aus neurologischer Sicht habe der Versicherte, so das Fazit der SUVA, den status quo ante spätestens ab April 2009 wieder erreicht gehabt.

E. In seiner Stellungnahme vom 23. November 2011 schloss sich A.____, wiederum vertreten durch Advokat Dr. Andreas Bernoulli, den Rechtsbegehren der Beschwerde führenden Helsana Versicherungen AG an; zudem beantragte er, es sei ihm für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter zu bewilligen. In seiner Begründung verwies der Beigeladene darauf, dass das Gutachten der Klinik E.____ im Rahmen des IV-Verfahrens eingeholt worden sei, weshalb es für die Frage der Unfallkausalität nicht verwertbar sei.

F. Mit Eingabe vom 5. Dezember 2011 nahm die SUVA zu den Ausführungen des Beigeladenen Stellung, wobei sie an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde festhielt.

G. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten sowohl die Beschwerdeführerin mit Replik vom 2. Februar 2012 als auch die SUVA mit Duplik vom 5. März 2012 an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

H. Zur Vervollständigung der Akten zog das Gericht bei der IV-Stelle Basel-Landschaft das IV-Dossier des Beschwerdeführers bei.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 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 der Wohnsitz des beigeladenen Versicherten in F.____, 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.

1.2 Zur Beschwerde berechtigt ist gemäss Art. 59 ATSG nebst der versicherten Person auch, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die Helsana Versicherungen AG erfüllt diese Voraussetzungen, denn der angefochtene Einspracheentscheid tangiert ihre Leistungspflicht als Krankenversicherer des Beigeladenen. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Helsana Versicherungen AG vom 17. Mai 2011 ist demnach einzutreten.

1.3 Der Versicherte selber hat gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 14. April 2011 keine Beschwerde erhoben. Da er jedoch vom Ausgang des Prozesses mitbetroffen ist, hat ihn das Kantonsgericht mit Verfügung vom 7. Juni 2011 zum vorliegenden Beschwerdeverfahren beigeladen.

2. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Versicherte über den 31. Januar 2011 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung 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 Berufsunfäl-

len, 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt 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 entfiele (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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 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 Kausalzusammenhanges 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).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, 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). 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 nachgewiesen sein. Da es sich 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. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medi-

zinischen 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.1 Das Kantonsgericht ist im ersten in dieser Angelegenheit ergangenen Urteil vom 16. September 2009 zur Auffassung gelangt, dass bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes nicht ohne Weiteres auf die kreisärztliche Einschätzung und die darauf gestützte Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin abgestellt werden könne, wonach die persistierenden Beschwerden des Versicherten nicht mehr in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. März 2008 stünden, sondern ausschliesslich auf die vorbestehende Poliomyelitis zurückzuführen seien. Es erachtete es vielmehr als erforderlich, die Frage der Unfallkausalität der vorhandenen Beeinträchtigungen im Rahmen eines orthopädischen Gutachtens abklären zu lassen, und es wies deshalb die Angelegenheit zu diesem Zwecke an die Beschwerdegegnerin zurück.

4.2 In Nachachtung dieses Urteils beauftragte die Beschwerdegegnerin die Klinik D.____ mit einer entsprechenden fachärztlichen Begutachtung des Versicherten. In ihrem Gutachten, welches sie am 6. September 2010 erstatteten, hielten Dr. med. G.____, Chefarzt Orthopädie, und Dr. med. H.____, Assistenzärztin Orthopädie, als unfallabhängige Diagnose einen Status nach traumatischen Frakturen der Ossa metatarsalia II bis V links fest. Als unfallunabhängige Diagnose bestehe eine Poliomyelitis als Säugling mit Beinverkürzung linksseitig und muskulärer

Dysbalance/muskulärer Atrophie der linken Körperhälfte, vor allem der unteren Extremität. Zudem bestünden rezidivierende Cephalgien (DD: Migräne) und eine Konzentrationsschwäche unklarer Ätiologie. In ihrer Beurteilung wiesen die beiden Gutachter darauf hin, dass der linke Fuss des Exploranden klinisch im Bereich der Ossa metatarsalia II bis V keine Auffälligkeiten zeige. Es seien weder eine Schwellung, eine Dystrophie noch ein sonstiger Hinweis für eine Pathologie sichtbar. Verschiedene Veränderungen des linken Fusses - wie die Hohlfusskomponente - bestünden aufgrund der Poliomyelitis und stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem Zusammenhang mit den Frakturen vom 30. März 2008. Die Gesundheit des Versicherten sei schon vor dem Unfall aufgrund der linksseitigen Beinverkürzung, des Hohlfusses sowie der Atrophie und Schwäche der linksseitigen Körperhälfte objektivierbar körperlich beeinträchtigt gewesen. Eine Verschlimmerung im Sinne einer weiteren Schwächung des linken Beines als Unfallfolge sei nicht eingetreten, die Frakturheilung selbst sei abgeschlossen, die Brüche seien in guter Stellung vollständig konsolidiert. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege daher bloss eine vorübergehende Verschlechterung eines Vorzustandes vor. Aus orthopädischer Sicht wäre zur Herstellung des status quo ante bei einem jungen Mann ohne relevante Nebendiagnose mit einem maximalen Zeitraum von einem halben Jahr posttraumatisch zu rechnen. Auch eine bestehende Poliomyelitis habe keinen direkten Einfluss auf die Knochenheilung, genauere Angaben dazu seien aber aus orthopädischer Sicht nicht zu machen, ein Postpoliosyndrom könne aufgrund des Alters des Versicherten zum jetzigen Zeitpunkt sicher ausgeschlossen werden. In Anbetracht der vorbestehenden Poliomyelitis könne die Heilungsdauer bis zu zwölf Monate betragen. Aus rein orthopädischer Sicht lägen keine relevanten Unfallfolgen vor, weshalb sich zum aktuellen Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit begründen lasse. In Bezug auf die zumutbare Arbeitstätigkeit bestünden aufgrund des Unfalls keine Einschränkungen, allerdings sei der Versichertet schon vor dem Unfall aufgrund der bestehenden Nebendiagnose nicht in der Lage gewesen, eine körperlich schwere Arbeit zu leisten. Bei der vorliegenden Fussverletzung könne auch kein Integritätsschaden bejaht werden.

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. April 2011 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Unfallkausalität der vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die beiden Fachärzte der Klinik D.____ in ihrem Gutachten vom 6. September 2010 gelangt sind. Sie ging demzufolge davon aus, dass die linksseitigen Zehenfrakturen beim Versicherten seit geraumer Zeit in guter Stellung vollkommen konsolidiert seien und keine relevanten Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Es liessen sich denn auch keine unfallbedingten Veränderungen oder Befunde mehr feststellen, sondern ausschliesslich krankhafte Veränderungen auf Grund der vorbestehenden Poliomyelitis. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das ausführliche Gutachten der Klinik D.____ weist in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Unfallkausalität der vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen weder formale noch inhaltliche Män-

gel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf persönlichen Untersuchungen des Exploranden, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Dazu kommt, dass sich die durch die Gutachter erfolgte Beurteilung der Unfallkausalität auch mit den Ergebnissen deckt, zu denen der Kreisarzt Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, in seinen Berichten vom 26. September 2008, 12. Dezember 2008 und 26. Januar 2009 gelangt war. Somit kann festgehalten werden, dass bezüglich der strittigen Frage der Unfallkausalität der vorhandenen Beschwerden des Versicherten keine voneinander abweichenden fachärztlichen Einschätzungen vorliegen.

4.4 Was die Beschwerdeführerin und der Beigeladene vorbringen, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens der Klinik D.____ in Frage zu stellen. Sie machen im Wesentlichen geltend, das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten gehe nicht auf die vom Kantonsgericht in seinem Rückweisungsentscheid aufgeworfenen Fragen ein, es sei deshalb für die streitigen Belange nicht umfassend, so dass darauf nicht abgestellt werden könne. Dieser Betrachtungsweise der Beschwerdeführerin und des Beigeladenen kann nicht beigepflichtet werden. Nach erfolgter Rückweisung der Angelegenheit bestand die wesentliche Aufgabe der Gutachter darin, die Frage der Unfallkausalität der beim Versicherten vorhandenen Beeinträchtigungen aus orthopädischer Sicht abzuklären. Diesem Auftrag sind die Gutachter nachgekommen und sie haben die Frage, wie oben ausgeführt, in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dahingehend beantwortet, dass keine relevanten Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Nichts zu ihren Gunsten ableiten können die Beschwerdeführerin und der Beigeladene sodann mit dem Einwand, die Beschwerdegegnerin habe den Beweis für den von ihr behaupteten Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erbracht. Wie oben aufgezeigt (vgl. E. 2.4 hiervor), muss weder der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden noch 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 mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind. Dieser Nachweis wird vorliegend durch das Gutachten der Klinik D.____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht.

4.5 Das zwischenzeitlich auf Veranlassung der IV-Stelle Basel-Landschaft im Rahmen des IV-Verfahrens erstellte neurologische Gutachten der Klinik E.____ vom 16. Mai 2011, auf welches sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung mehrfach beruft, ist für den Ausgang des vorliegenden Verfahrens lediglich von beschränktem Beweiswert. Da es sich um ein IV-Gutachten handelt, mussten sich die Experten darin nicht zur vorliegend zentralen Frage der Unfallkausalität der vorhandenen Beschwerden äussern. Das Gutachten enthält denn auch keine expliziten Aussagen zu dieser Thematik. Immerhin lassen sich dem Gutachten der Klinik E.____ aber auch - und darin ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten - keine Anhaltspunkte

für fortbestehende unfallkausale Beeinträchtigungen entnehmen, welche allenfalls für die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen sprechen würden.

4.6 Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für den Beigeladenen per 31. Januar 2011 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 14. April 2011 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

5.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess 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.

5.2 Abschliessend bleibt über den Antrag des Beigeladenen zu befinden, es sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter zu bewilligen. Gemäss § 22 Abs. 1 und 2 VPO wird einer Partei der kostenlose Beizug eines Anwalts bewilligt, wenn ihr die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos erscheint und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint. Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben: Die Bedürftigkeit des Versicherten kann gestützt auf die von ihm eingereichten Unterlagen bejaht werden, seine Vorbringen können nicht als aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung ist geboten gewesen. Der Rechtsvertreter des Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 14. Mai 2012 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden und Auslagen von Fr. 108.-- ausgewiesen, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung 180 Franken pro Stunde. Dem Rechtsvertreter des Beigeladenen ist deshalb für sein Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'671.85 (8 Stunden à Fr. 180.-- + Auslagen von Fr. 108.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beigeladenen ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'671.85 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

http://www.bl.ch/kantonsgericht