



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. August 2015 (725 15 28 / 199)

Unfallversicherung

Beurteilung der Unfallkausalität einer Diskushernie; Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, 4143 Dornach

gegen

Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale 120, 1001 Lausanne, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen (Police 299503.4.1700)

A. Der 1990 geborene A.____ arbeitete zuletzt als Mitarbeiter der Protectas SA. In dieser Eigenschaft war er bei der VAUDOISE ALLGEMEINE Versicherungsgesellschaft AG (Vaudoise) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 11. März 2012 erlitt A.____ mit seinem Motorrad einen Verkehrsunfall, wobei er sich den rechten Fuss einklemmte. Im Bericht des Spitals B.____ vom 12. März 2012 wurden eine undislozierte Fraktur des Grundgliedes mit kleiner Absprengung anterolateral am Calcaneus des rechten Fusses

sowie multiple Schürfwunden und Kontusionen am rechten Ellenbogen und am rechten Handgelenk diagnostiziert. Die Vaudoise gewährte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Am 21. September 2012 stellte Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstmals eine sakroiliakale Blockierung sowie eine akute Lumboischialgie fest. Anlässlich einer im Bereich der LWS am 2. Dezember 2013 durchgeführten MRI-Untersuchung wurde neben einem kongenital engen Spinalkanal lumbal und einem bereits mässig dehydrierten Bandscheibenfach auch eine auf LWK4/5 mediane bis linkslaterale nach kaudal luxierte Diskushernie mit recessaler Kompression der Wurzel L5 links erhoben. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse lehnte die Vaudoise mit Verfügung vom 18. März 2014 die Übernahme von weiteren Versicherungsleistungen ab und stellte die Taggelder rückwirkend per 17. Januar 2013 ein. Zur Begründung führte sie an, dass die erst einige Zeit nach dem Ereignis vom 11. März 2012 aufgetretenen Rückenbeschwerden nicht kausal auf dieses zurückzuführen seien. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Vaudoise mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2014 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, am 25. Januar 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 15. Dezember 2014 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm über den 17. Januar 2013 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Dr. C.____ vom 6. November 2013 erstellt sei, dass die Rückenbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 11. März 2012 stünden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 9. März 2015 schloss die Vaudoise auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Schreiben vom 14. März 2015 ersuchte der Beschwerdeführer das Kantonsgericht um Gewährung des Replikrechts.

E. In seiner Replik vom 18. Mai 2015 beantragte der Beschwerdeführer im Sinne eines Eventualbegehrens die Anordnung eines Gerichtsgutachtens, wobei er einen Bericht von Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. März 2015 einreichte. Hierzu liess er vorbringen, dass er sich erneut zur Kausalitätsfrage habe untersuchen lassen. Gemäss Bericht von Dr. D.____ könne zum Zeitpunkt der Untersuchung kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Motorradunfall und den Rückenbeschwerden festgestellt werden, womit aber auch nicht auszuschliessen sei, dass zuvor ein Zusammenhang bestanden habe. Die fachärztlichen Ausführungen würden demnach eine gutachterliche Untersuchung rechtfertigen.

F. In der Duplik vom 9. Juni 2015 beantragte die Vaudoise die Abweisung dieses Beweisanspruchs. Sie führte aus, dass die von Dr. D.____ beschriebene blosser Möglichkeit eines Kau-

salzusammenhangs den sozialversicherungsrechtlichen Beweisanforderungen nicht genüge. Im Übrigen hielt sie vollumfänglich an ihrem Standpunkt fest.

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 Dornach, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 9. Oktober 2014 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 17. Januar 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 15. Dezember 2014 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2009, 9C_136/2009, E. 2.5).

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% 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% 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).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, 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 entfiel (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).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert 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 blosse 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 Kausalzusammen-

hangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.4 Zusätzlich zu diesen allgemeinen Grundsätzen, die im Zusammenhang mit der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin zu beachten sind, gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien der medizinischen Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). 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 des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit 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 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).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Zur Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Relevanz:

5.2 Im Bericht des Spitals B._____ vom 12. März 2012, wo der Versicherte im Anschluss an das Unfallereignis vom 11. März 2012 ambulant behandelt worden war, wurden am rechten Fuss eine undislozierte Fraktur des Grundgliedes Dig. II mit kleiner Absprengung anterolateral am Calcaneus und eine Fissur des proximalen Metatarsale IV und V am Os cuboideum diagnostiziert. Ferner wurden multiple Schürfwunden und Kontusionen am Ellenbogen und Handgelenk rechts festgestellt. Am Ellenbogen und Handgelenk konnten keine ossären Läsionen sowie ein unauffälliger Weichteilmantel ausgemacht werden.

5.3 Anlässlich einer ersten klinischen Verlaufskontrolle wurde mit Sprechstundenbericht des Spitals B._____ vom 16. März 2012 insgesamt eine deutliche Regredienz der Beschwerden festgestellt. Der Versicherte sei an Gehstöcken unter 15kg Teilbelastung im Vaped mobil. Der Ellenbogen sei frei beweglich und es bestehe keine Druckdolenz über dem Radiusköpfchen. Eine Druckdolenz bestehe aber am Handgelenk über der Ulna. Eine erneute klinische und radiologische Kontrolle sei in sechs Wochen durchzuführen, bis dahin sei der Fuss weiterhin im Vaped mit einer Teilbelastung von 15kg unter Thromboembolierprophylaxe mit Fragmin ruhig zu stellen.

5.4 Mit Bericht vom 21. September 2012 diagnostizierte Dr. C._____ neben den bereits bekannten Befunden eine sakroiliakale Blockierung sowie eine akute Lumboischialgie. Bezüglich des rechten Fusses sei der Patient absolut beschwerdefrei, es bestehe keine Schwellung, keine Überwärmung sowie keine Druckdolenz. Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt. Am rechten Ellenbogen habe er immer wieder Schmerzen bei längerem Aufliegen des Olecranon auf der Tischkante. Zudem berichte er über ausstrahlende Beschwerden im Bereich des linken

Sacrums, welche je nach Bewegung in das Bein ausstrahlen würden. Im Rahmen des Röntgenbildes würden sich diesbezüglich aber keine Hinweise auf ossäre Läsionen zeigen. Er habe dem Patienten Physiotherapie und Rückenschule zur manuellen Mobilisation der Sacroiliacalblockierung verordnet.

5.5 Im Rahmen einer MRI-Untersuchung im Bereich der LWS am 2. Dezember 2013 wurden ein kongenital enger Spinalkanal lumbal, ein bereits mässig dehydriertes Bandscheibenschicht sowie eine auf LWK4/5 mediane bis linkslaterale nach kaudal luxierter Diskushernie mit recessaler Kompression der Wurzel L5 links festgestellt.

5.6 Mit Schreiben vom 6. November 2013 führte Dr. C.____ aus, dass die Rückenbeschwerden *mit Sicherheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit* durch den Unfall bedingt seien, da diese vorher nicht bestanden hätten und durch die Schwere des Unfalles erklärt werden könnten. Es komme vielmehr auch durch eine Fehlbelastung aufgrund der komplexen Fussverletzung zu einem anderen Gangbild und damit konsekutiv zu einer lumboschialgenen Symptomatik. Die Beschwerden des Ellenbogens hingegen seien nicht klar auf den Unfall zurückzuführen, sondern eher Überlastungsbeschwerden.

5.7 Im Bericht vom 3. Januar 2014 stellte Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnose einer therapieresistenten Lumboschialgie links bei mediolateraler Diskushernie L4/L5 mit Kompromittierung der L5-Wurzel links sowie einen Status nach Motorradunfall mit Einklemmung des rechten Fusses mit undislozierter Fraktur des Grundglieds Dig. II. Inwieweit die nunmehr zwei Jahre nach dem Unfall im MRI sich darstellende Diskushernie durch diesen ausgelöst wurde, könne sie nicht beurteilen. Fest stehe, dass die beklagten Beschwerden zu den bildpathomorphologischen Veränderungen passen würden. Der Patient habe eine therapieresistente diskogene Lumbalgie sowie eine intermittierende belastungsabhängige Ischialgie links. Eine operative Intervention stehe zum aktuellen Zeitpunkt ausser Frage, so dass ein Weiterführen der Physiotherapie angezeigt sei.

5.8 Gemäss Kurzbericht des beratenden Arztes der Vaudoise Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 4. März 2014 habe die anlässlich der MRI-Untersuchung erhobene links laterale Diskushernie keinen Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. März 2012.

5.9 Aufgrund der Einsprache des Versicherten vom 21. September 2014 ersuchte die Vaudoise den Kreisarzt Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, auf Vorlage der Akten zur Frage Stellung zu nehmen, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit die Rückenbeschwerden auf den Unfall vom 11. März 2012 zurückzuführen seien. Diesbezüglich hielt er fest, dass es jeder medizinischen Erfahrungstatsache widerspreche, dass ein Unfall, welcher eine Diskushernie ausgelöst haben soll, erst ein Jahr später symptomatisch werde, ohne dass eine relevante Krafteinwirkung auf die LWS stattgefunden habe. Die relevante Krafteinwirkung sei auf den rechten Fuss erfolgt. Überdies sei im MRI vom 2. Dezember 2013 ein typisch degenerativer Befund mit degenerativen Bandscheibenveränderungen beschrieben sowie ein primär kongenital enger Spinalkanal. Dies seien die anlagebedingten und degenerati-

ven Ursachen für die bei L4/L5 beschriebene medio links laterale Diskushernie, welche auch die Beschwerden verursacht. Eine Kausalität der Rückenbeschwerden zum Unfallereignis sei äusserst unwahrscheinlich.

6.1 Wie sich der Darlegung des medizinischen Sachverhalts entnehmen lässt, wurde die Diskushernie erstmals im Rahmen eines MRI vom 12. Dezember 2013, mithin rund eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis erhoben. Den medizinischen Berichten des Spitals B.____ vom 12. März 2012 und vom 16. März 2012 im Anschluss an das Unfallereignis sind ferner keine Hinweise zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer durch das Unfallereignis vom 11. März 2012 strukturell nachweisbare Verletzungen an der LWS zugezogen hat. Dokumentiert sind ausschliesslich Verletzungen am rechten Fuss sowie am rechten Handgelenk und Ellenbogen. Diese sind aber zwischenzeitlich unbestrittenermassen konsolidiert. Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 3.4 hiervor), kann eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt 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 auftreten (vgl. E. 3.4 hiervor). Da neben den fehlenden unverzüglich auftretenden Symptomen der Diskushernie mit unmittelbar eintretender Arbeitsunfähigkeit vorliegend auch keine unfallbedingten strukturellen Läsionen ausgewiesen sind, ist gestützt auf die genannten medizinischen Unterlagen davon auszugehen, dass die Diskushernie nicht durch den Unfall vom 11. März 2012 verursacht wurde. Dies wird in der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. G.____ vom 10. Oktober 2014 in Übereinstimmung mit den vorhandenen medizinischen Berichten schlüssig und nachvollziehbar dargelegt. Damit besteht vorliegend kein Anlass, ausnahmsweise von der in Erwägung 3.4 wiedergegebenen medizinischen Erfahrungstatsache abzuweichen, wonach praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen.

6.2 Auch besteht vorliegend kein Anlass, in grundsätzlicher Hinsicht an den Einschätzungen des Kreisarztes Dr. G.____ zu zweifeln. Rechtsprechungsgemäss können Berichte versicherungsinterner Ärzte soweit berücksichtigt werden, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Wie bereits dargelegt, ist die durch Dr. G.____ gestützte auf die sich bei den Akten befindlichen medizinischen Berichte vorgenommene Schlussfolgerung, dass die Diskushernie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. März 2012 aufweise, angesichts der Tatsache, dass die Beschwerden nicht unverzüglich auftraten und keine traumatische Schädigung ausgemacht werden konnte, einleuchtend und überzeugend. Dies gilt umso mehr, als Dr. G.____ schlüssig und nachvollziehbar darlegt, dass sich im MRI vom 2. Dezember 2013 ein typisch degenerativer Befund mit degenerativen Bandscheibenveränderungen zeige, welche die Ursache für die Diskushernie und die damit verbundenen Beschwerden darstelle. Der Bericht von Dr. G.____ setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten.

6.3 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach gestützt auf die Beurteilung von Dr. C.____ vom 6. November 2013 erstellt sei, dass die Rückenbeschwerden auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise.

6.3.1 Unklar ist in diesem Zusammenhang zunächst, inwiefern nach Auffassung von Dr. C.____ letztlich überhaupt ein kausaler Zusammenhang zwischen den Rückenbeschwerden und dem Unfallereignis besteht. Soweit er auf die Schwere des Unfallereignisses Bezug nimmt und jenes damit sinngemäss als unmittelbare Unfallursache für die Rückenbeschwerden in Betracht zieht, kann vollständig auf das in Erwägung 6.1 und 6.2 Dargelegte verwiesen werden. Die in den zitierten Erwägungen vorgenommene Schlussfolgerung vermag Dr. C.____ umso weniger in Zweifel zu ziehen, als er sich mit den von der Rechtsprechung geforderten weiteren Kriterien, wie namentlich einem allfälligen unfallbedingten Bandscheibenschaden, nicht weiter auseinandersetzt. Indessen ergänzt er seine Aussage mit der Schlussfolgerung, dass die Rückenbeschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien, weil sie sich erst nach diesem manifestiert hätten. Wie dies die Beschwerdegegnerin richtig erkannte, beruht seine Argumentation damit auf der Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber als unzureichend (vgl. Urteil des EVG vom 29. November 2006, U 207/06, E. 2.3).

6.3.2 Gestützt auf weitere Ausführungen zum natürlichen Kausalzusammenhang von Dr. C.____ macht der Beschwerdeführer ferner geltend, dass die Rückenbeschwerden durch eine fortdauernde Fehlbelastung infolge des Gehens mit Gehstöcken verursacht worden seien. Es trifft zwar zu, dass der genannte Arzt in seiner Beurteilung weiter festhält, es sei „auch“ durch eine Fehlbelastung aufgrund der Fussverletzung zu einem anderen Gangbild und damit zu einer lumboischialgenen Symptomatik gekommen. Ungeachtet dessen, dass im Kontext seiner Beurteilung nicht ganz klar ist, inwiefern diese Aussage zu seinen bereits gemachten Ausführungen der Rückenbeschwerden als unmittelbare Unfallursache steht, ist aufgrund des hier vor Dargelegten erstellt, dass die Rückenbeschwerden in den degenerativ bedingten Bandscheibenveränderungen begründet sind. Nicht ausgeschlossen ist damit eine bedingt durch das Gehen mit Gehstöcken vorübergehende Aktivierung eines Schmerzsyndroms in Form der beschriebenen lumboischialgenen Symptomatik. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich aber die weitere unfallmedizinische Erfahrungstatsache, wonach das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – nach drei bis vier Monaten erwartet werden kann. Selbst wenn nämlich die vorliegend bedingt durch die degenerativen Bandscheibenveränderungen verursachte Diskushernie durch eine Fehlbelastung infolge Gehens mit Gehstöcken symptomatisch wurde, wäre angesichts der genannten medizinischen Erfahrungstatsache, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 17. Januar 2013 ohnehin von einem zwischenzeitig erfolgten Wegfall einer mittelbaren Teilursache des Unfalls auszugehen.

6.4 Nach dem Gesagten liegen demnach keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Rückenbeschwerden – ausser in Form einer durch das Gehen mit Gehstöcken möglichen vorübergehenden Aktivierung eines Schmerzsyndroms über die Dauer von maximal vier Monaten und somit nicht über Mitte Januar 2013 hinaus – in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen. Auch eine gutachterliche Untersuchung würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf zusätzliche medizinische Abklä-

rungen verzichtet werden kann (vgl. zur Zulässigkeit einer antizipierten Beweiswürdigung: BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Daran vermag auch der mit der Replik vom 18. Mai 2015 ins Recht gelegte Bericht von Dr. D._____ nichts zu ändern. Wie die Beschwerdegegnerin richtig erkannte, genügen seine Ausführungen, wonach anhand der Bildgebung und der Schilderung des Unfalls heute zwar kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Motorradunfall und der Diskushernie festgestellt, im Umkehrschluss ein solcher damit aber auch nicht ausgeschlossen werden könne, nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dies gilt umso mehr, als Dr. D._____ nicht weiter darlegt, inwiefern hingegen eine Unfallkausalität möglich ist. Der Bericht ist demnach auch nicht geeignet, die rechtliche Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides in Frage zu stellen.

7. Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. G._____ vom 10. Oktober 2014 einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 11. März 2012 und den über den 17. Januar 2013 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden verneinte. Den im Einklang mit den medizinischen Unterlagen gemachten überzeugenden kreisärztlichen Ausführungen ist zu entnehmen, dass die Diskushernie nicht durch das Unfallereignis, sondern durch degenerativ bedingte Wirbelsäulenveränderungen ausgelöst wurde. Bezüglich einer möglichen durch das Gehen mit Gehstöcken vorübergehenden Verschlimmerung der degenerativ bedingten Rückenbeschwerden in Form eines Schmerzsyndroms, wäre im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 17. Januar 2013 zwischenzeitlich vom Eintritt des Status quo sine auszugehen. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt zu Recht abgelehnt. Bei diesem Ergebnis ist die Beschwerde abzuweisen.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

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

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Gesundheit

Präsidentin

Gerichtsschreiberin

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