



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. August 2017 (725 17 187 / 235)

Unfallversicherung

Vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin i.V. Isabelle Salathe

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1960 geborene A.____ war seit dem 1. April 1989 bei der B.____ AG als Betriebsmitarbeiter angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 5. März 2015 verletzte er sich am rechten Ellbogen, an der rechten Seite des Beckens und insbesondere an der lumbalen Wirbelsäule, als er bei der Arbeit von einem Trittbrett rutschte und auf den Rücken stürzte. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heil-

behandlung, Taggelder). Mit Verfügung vom 16. September 2015 stellte sie die Leistungen per 20. September 2015 ein. Eine dagegen erhobene Einsprache hiess die Suva mit Einspracheentscheid vom 9. Mai 2015 (recte: 2017) insofern gut, als sie dem Versicherten die gesetzlichen Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. März 2015 über den 20. September 2015 hinaus bis zum 29. März 2016 ausrichtete. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, am 12. Juni 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 9. Mai 2017 aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die beim Unfall vom 5. März 2015 erlittenen Verletzungen auch über den 29. März 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu den am 5. März 2015 erlittenen Verletzungen und den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu tätigen, und es sei im Anschluss daran erneut über dessen Versicherungsansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin zu entscheiden; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 12. Juli 2017 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde.

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 C.____, 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 damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte – Beschwerde ist folglich einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Taggeldleistungen und die Übernahme der Heilbehandlungskosten zu Recht per 29. März 2016 einstellte.

2.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehören auch die Bestimmungen von Art. 10 Abs. 1 lit. a UVG sowie Art. 18 Abs. 1 UVG. Laut der Übergangsbe-

stimmung von Art. 118 Abs. 1 UVG werden jedoch Versicherungsleistungen für Ereignisse, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3.1 Gemäss 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. 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 (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 138 V 221 E. 6).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. 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 (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). 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. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen 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 vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. 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).

3.4 Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, S. 537 f. Rz. 2 ff., S. 548 Rz. 56). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b, bestätigt mit BGE 139 V 296 E. 6.3).

4.1 Zur 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 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 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die 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 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren 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, bestätigt mit BGE 135 V 469 E. 4.4). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3a/cc, BGE 135 V 465 f. E. 4.5). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b, BGE 137 V 224 E. 1.2.4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 Im vorliegenden Fall liegen für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes zahlreiche medizinische Berichte vor, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge wird indessen lediglich der aktuell entscheidrelevante Bericht wiedergegeben.

5.2 Der Vertrauensarzt der Suva, Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, hielt in seiner chirurgischen Beurteilung vom 27. April 2017 fest, durch das Ereignis vom 5. März 2015 sei es über-

wiegend wahrscheinlich zu einer Prellung des rechten Ellenbogens und des rechten Beckens mit der Folge eines Hämatoms über dem Iliosakralgelenk (ISG) rechts gekommen. Prellungen des Beckens und des Ellenbogens seien nach traumatologischer Erfahrung spätestens nach 4-6 Wochen folgenlos abgeheilt. Wahrscheinlich sei ein bis anhin stummer Vorzustand einer knöchernen Bedrängung der Wurzel L5 rechts durch das Ereignis vom 5. März 2015 symptomatisch geworden. Die knöcherne Bedrängung der Wurzel L5 sei überwiegend wahrscheinlich Folge einer seit der Kindheit des Versicherten bestehenden Spondylose mit milder Spondylolisthesis des Lendenwirbelkörpers (LWK) 5 über den Sakralwirbelkörper (SWK) 1 Grad I nach Meyerding und konsekutivem Bandscheibenschaden in diesem Segment. Durch das Ereignis vom 5. März 2015 sei es nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer strukturellen Schädigung der Wirbelsäule des Versicherten gekommen. Eine unfallkausale Zunahme der Spondylolisthesis sei damit nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Versteifungsoperation im Segment LWK5 / SWK1 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund von Unfallfolgen durchgeführt worden. Die erfolgreiche operative Dekompression der Wurzel L5 rechts hingegen habe der Sanierung der wahrscheinlich unfallkausal symptomatisch gewordenen vorbestehenden Einengung dieser Nervenwurzel gedient. Spätestens ab dem 29. März 2016 habe der Verlauf wieder in den natürlichen Verlauf der erheblichen vorbestehenden Wirbelsäulenschädigung eingemündet.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. Mai 2017 auf die chirurgische Beurteilung von Dr. D.____ vom 27. April 2017. Sie entschied deshalb, dass in Abweichung zur angefochtenen Verfügung eine Leistungspflicht bis zum 29. März 2016 zu bejahen sei. Ab diesem Zeitpunkt seien die noch bestehenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 5. März 2015 zurückzuführen, daher sei eine Leistungspflicht zu verneinen. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend bestehen jedoch keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der chirurgischen Beurteilung von Dr. D.____. Diese wurde in Kenntnis der Vorakten verfasst und die geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt. Sie vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf diese abstellte.

6.2 Daran vermag auch nichts zu ändern, wenn der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vorbringt, dass er vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Rechtsprechungsgemäss ist eine solche reine "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation beweisrechtlich unzulässig (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_178/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

6.3 Der Beschwerdeführer führt weiter aus, dass die Leistungspflicht des Versicherers – wenn die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei – erst wieder entfalle, wenn der Unfall nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhe. Auch dies müsse mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

nachgewiesen werden. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genüge dagegen nicht. Die Beweislast liege dabei beim Unfallversicherer, handle es sich doch um eine anspruchsaufhebende Tatfrage. Vorliegend müsse die Beschwerdegegnerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass der stumme Vorzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung im März 2016 symptomatisch geworden wäre. Eine Erklärung dafür lasse sich nicht finden, habe der Beschwerdeführer doch trotz des angeblich seit Kindheit vorhandenen Vorzustands ohne Beschwerden gelebt.

Der Beschwerdeführer verkennt indessen, dass gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2013, 8C_217/2013, E. 3.4 mit weiteren Hinweisen) eine signifikante und damit dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenен degenerativen Schädigung der Wirbelsäule nur dann als durch einen Unfall hervorgerufen angesehen werden kann, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen auf Grund eines Traumas aufzeigt (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, U 530/06, E. 4.2 und Urteil des EVG vom 9. September 1999, U 355/98, E. 3a mit Hinweisen, in: RKUV 2000 Nr. U 262 S. 45). Medizinisch ist lediglich von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen, wenn nach einer unfallbedingten Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme, vorbestehende Spondylarthrose, Spondylose oder eine andere degenerative Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch wird (HANS DEBRUNNER/ ERICH RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 52). Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es handelt sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (Urteile des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, U 530/06, E. 4.2 und vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 4.2.1, in: SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 8C_321/2010, E. 4.3). Vorliegend ist unbestritten, dass durch den Unfall keine Wirbelkörperfrakturen oder strukturellen Läsionen der Wirbelsäule verursacht wurden. Es ist daher davon auszugehen, dass spätestens nach einem Jahr – also im März 2016 – der status quo sine erreicht war. Es liegen denn auch keine Berichte behandelnder Ärzte vor, welche die chirurgische Beurteilung von Dr. D._____ vom 27. April 2017 in Frage stellen würden. Es besteht daher kein Anlass, von diesen allgemeinen Erfahrungstatsachen im Bereich des Unfallversicherungsrechts abzuweichen.

6.4 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, wonach weitere medizinische Abklärungen zu den am 5. März 2015 erlittenen Verletzungen des Beschwerdeführers zu tätigen seien, nicht stattzugeben. 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 Streitsa-

che erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes 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 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 29. März 2016 eingestellt hat. Die Beschwerde ist im Ergebnis abzuweisen.

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 den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten werden dem Verfahrensausgang entsprechend wettgeschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

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

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