



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Juni 2021 (725 20 395 / 158)

Unfallversicherung

Leistungseinstellung; Würdigung der Arztberichte

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Urs Schaffhauser, Rechtsanwalt, Anwaltskanzlei Seidenhof, Seidenhofstrasse 14, 6003 Luzern

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1956 geborene A.____ erlitt in den letzten Jahren verschiedene bei der Suva versicherte Unfälle, wobei vorliegend die folgenden drei von Bedeutung sind: Am 20. November 2016 rutschte A.____ beim Treppenhinuntersteigen aus, stürzte und verletzte sich (Schaden-Nr. X.____). Gemäss E-Mail vom 22. Oktober 2017 verletzte er sich erneut am 29. September 2017, als er vom Bett aufstand und stürzte (Schaden-Nr. Y.____), wobei er anlässlich einer Besprechung vom 24. Oktober 2018 angab, sich bezüglich des Datums geirrt zu haben, der Sturz sei am 6. Oktober 2017 erfolgt. Schliesslich verletzte sich A.____ am 14. Juli 2018 anlässlich eines

wiederum auf der Treppe erlittenen Sturzes (Schaden-Nr. Z.____). Die Suva erbrachte in der Folge jeweils Versicherungsleistungen.

Mit Verfügung vom 25. März 2020 schloss die Suva diese drei Fälle per 12. April 2020 ab und stellte die Leistungen auf diesen Zeitpunkt ein. Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerden betreffend linke Schulter, Halswirbelsäule (HWS), Kopf und Rücken seien nicht mehr unfallbedingt. Gleichzeitig wies sie darauf hin, dass die Taggelder weiterhin über die den Unfall vom 4. April 2010 betreffende Schaden-Nr. W.____ ausgerichtet würden. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 11. September 2020 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Urs Schaffhauser, mit Schreiben vom 13. Oktober 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer über den 12. April 2020 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zur Klärung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei der Beschwerdeführer gerichtlich umfassend zu begutachten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem wurde die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung beantragt.

C. Die Suva beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 23. Oktober 2020, dass die Beschwerde abzuweisen sei.

D. Nach Eingang weiterer Unterlagen wurde das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Verfügung vom 21. Januar 2021 abgewiesen.

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 V.____, 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 des Versicherten vom 13. Oktober 2020 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Unfallereignisse vom 20. November 2016, vom 6. Oktober 2017 sowie vom 14. Juli 2018 zu Recht per 12. April 2020 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. 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. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

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. 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. 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich

fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2015, 8C_294/2015, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Berichte vor:

4.1 Zum Unfallereignis vom 20. November 2016:

4.1.1 Per E-Mail meldet der Beschwerdeführer, er sei beim Treppen heruntergehen ausgerutscht und auf den Rücken und die linke Schulter gefallen.

4.1.2 Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie, hält anlässlich der Erstkonsultation vom 24. November 2016 fest, dass der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenverletzung links bestehe. Es würden weitere Abklärungen mittels MRI erfolgen.

Anlässlich der Konsultation vom 1. Dezember 2016 führt Dr. B.____ gestützt auf die Arthro-MRI-Bilder aus, die Rotatorenmanschette sei im Wesentlichen intakt. Es bestehe eine hypertrophe und aktivierte AC-Gelenksarthrose links. Es würden keine Hinweise für eine Omarthrose vorliegen.

4.1.3 Anlässlich der Kreisarztuntersuchung vom 9. Dezember 2016 liegt dem Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der Befund der MRT-Untersuchung vom 1. Dezember 2016 vor. Er sieht eine vorübergehende Traumatisierung einer vorbestehenden Degeneration. Beschwerden im Bereich des Rückens bzw. der Halswirbelsäule seien vom Versicherten im Rahmen der Kreisarztuntersuchung explizit nicht angegeben worden. Er habe lediglich gesagt, dass er nicht auf den Rücken habe fallen wollen, weil er dort schon operiert worden sei.

4.1.4 Dr. med. D.____, FMH Neurologie, führt in seinem Bericht vom 21. Dezember 2016 aus, der Versicherte habe einen Treppensturz erlitten und sich dabei eine Schulterverletzung links zugezogen. Seither habe er eine anhaltende Gefühlsstörung in der linken Hand. In der Bildgebung im MRI der HWS vom 16. Dezember 2016 würden deutliche Zeichen einer cervicalen Myelopathie auf Höhe HWK 6/7 mit biforaminale Stenosen beidseits linksbetont bestehen, ausserdem eine breitbasige dorsomediale Discushernie, diese führe zu einer Myelopathie sowie zu einer foraminale Stenose. Neuroforaminale Stenosen seien auch auf den oberen Etagen HWK 3 bis HWK 6 ersichtlich. Die klinischen Ausfälle seien jedoch eher gering ausgeprägt, es sollten konservative Therapiemassnahmen ausgeschöpft werden.

4.1.5 Mit Schreiben vom 22. Dezember 2016 hält Dr. B.____ als Diagnosen unter anderem eine aktivierte AC-Gelenksarthrose links und ein sekundäres Schulterimpingementsyndrom links sowie eine cervicale Diskushernie HWK 6/7 mit relativer Spinalkanalstenose und Myelopathie fest. Im Verlauf habe der Versicherte am 12. Dezember 2016 über eine zunehmende Hypästhesie am linken Arm berichtet. Eine MRI-Untersuchung der HWS vom 16. Dezember 2016 zeige eine cervicale Myelopathie bei cervicaler Discushernie HWK 6/7 und Foraminale Stenosen HWK 6/7. Die Schulterproblematik dürfte sich durch Physiotherapie über die nächsten drei bis sechs Monate verbessern. Er empfehle im Rahmen der cervicalen Pathologie eine konservative Behandlung im Sinne einer Physiotherapie.

4.1.6 Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie spez. Wirbelsäulenchirurgie, berichtet mit Schreiben vom 9. August 2017, die Schmerzen vor allem im linken Arm sowie die fortgeschrittenen Paresen der Handmuskulatur würden durch die subtotale Stenosierung der Neuroforamina C6/7 verursacht und unterhalten. Das diskogene Problem verursache auch die Myelopathie. Er

gehe davon aus, dass in aufrechter Haltung die axiale Belastung der HWS zur Zunahme der Stenose und somit auch zur Kompromittierung des Halsmarkes führe. Aus diesem Grund empfehle er als ersten Therapieschritt die ventrale Discektomie und intercorporelle Spondylodese C6/7.

4.1.7 Gestützt auf eine MRT der HWS vom 21. August 2017 führt PD Dr. med. F.____, FMH Radiologie, aus, auf der Höhe C6/7 zeige sich eine markante Myelopathie. Der Grad der Myelopathie sei vergleichbar zur Voruntersuchung vom 16. Dezember 2016. Die Diskushernie zeige eine vergleichbare Ausdehnung im Vergleich zur Voruntersuchung, tendenziell eher leicht rückläufig. Des Weiteren hält er verschiedene abnutzungsbedingte Veränderungen auf praktisch allen Höhen der HWS fest.

4.1.8 Im Operationsbericht von Dr. E.____ vom 21. September 2017 wird als Diagnose ein Sensomotorisches radikuläres Reiz- und ausfallssyndrom links M1 angegeben. Es sei eine Discektomie C6/7 und eine ventrale intercorporelle Spondylodese C6/7 durchgeführt worden.

4.1.9 Dr. C.____ hält am 18. Oktober 2017 fest, bei der Operation vom 21. September 2017 sei ein Bandscheibenvorfall behandelt worden. Dieser habe nichts mit dem Unfall zu tun. Zum einen sei die HWS nicht in das Unfallgeschehen involviert gewesen, zum anderen seien Bandscheibenvorfälle nur in den seltensten Fällen eine Unfallfolge. Hier sei Abnutzung und Erkrankung ursächlich.

4.2 Zum Unfallereignis vom 29. September bzw. 6. Oktober 2017:

4.2.1 Mit E-Mail vom 22. Oktober 2017 meldet der Versicherte, dass er am 29. September 2017 beim Aufstehen aus dem Bett gestürzt sei. Später wird angegeben, der Unfall habe sich am 6. Oktober 2017 ereignet. Er sei um 10 Uhr wieder aufgewacht, habe erbrechen müssen. Er sei in die Physiotherapie gegangen, der Physiotherapeut habe aber gesagt, es müsse erst alles abgeklärt werden, bevor er ihn behandeln könne. Auf dem Heimweg habe er wieder mehrfach erbrochen.

4.2.2 Mit Arztzeugnis UVG vom 30. Oktober 2017 gibt Dr. E.____ an, es habe ein Sturz zuhause mit Commotio cerebri stattgefunden. Es würden keine radikulären Ausfälle bestehen. Am 31. Oktober 2017 werde ein CT-Schädel durchgeführt.

4.2.3 Am 13. November 2017 berichtet Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Medizin, die Erstbehandlung sei am 20. Oktober 2017 erfolgt, der Beschwerdeführer habe am 29. September 2017 eine Schulterkontusion und eine Commotio cerebri erlitten. Im CT seien keine Unfallfolgen ersichtlich.

4.3 Zum Unfallereignis vom 14. Juli 2018:

4.3.1 Der Versicherte teilt mit E-Mail vom 22. Juli 2018 mit, dass die letzten acht Stürze glimpflich verlaufen seien, der neunte Sturz vom 14. Juli 2018 sei nicht so optimal verlaufen. Er sei im

Haus die Treppe heruntergestürzt. Der rechte Fuss sei abgeknickt, an der linken Schulter habe er starke Schmerzen und er sei mit dem Kopf auf der Treppe aufgeschlagen.

4.3.2 Am 26. November 2018 berichtet Dr. G.____, die Erstbehandlung habe am 16. Juli 2018 stattgefunden. Der Patient sei zuhause die Treppe runtergefallen, er könne sich nicht richtig erinnern, was passiert sei. Plötzlich habe er sich am Boden wiedergefunden. Als Diagnosen führt Dr. G.____ eine LWS-Kontusion mit Muskelzerrung an, zudem eine Zerrung der Bicepssehne proximal an der linken Schulter. Die erhobenen Befunde seien nicht mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar und würden nicht plausibel erscheinen.

4.3.3 Am 9. Januar 2019 findet eine Aussendienstabklärung statt. Der Versicherte gibt an, unmittelbar nach dem Sturz seien Fusschmerzen links aufgetreten. Die Beschwerden hätten sich jedoch recht schnell zurückgebildet. Er sei auch noch mit der rechten Stirnseite heftig gegen die Wand geschlagen. Er habe versucht, sich am Gitter festzuhalten. Es habe ihm den linken Arm ruckartig nach hinten gerissen.

4.3.4 Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 3. April 2019 diagnostiziert Dr. G.____ eine Schulterkontusion links nach Treppensturz, eine generalisierte Lumbago, eine Gonarthrose beidseits, ADHS, Arterielle Hypertonie, Hyperurikämie, AV-Block I. Der Patient würde immer wieder Schmerzen im Bewegungsapparat beklagen. Die Physiotherapie sei permanent mit ihm beschäftigt. Häufig komme es zu Zwischenfällen mit Akzentuierungen der bekannten Beschwerden. Eine anhaltende Besserung der Beschwerden sei nicht wirklich zu erreichen. Aus hausärztlicher Sicht sei die Situation objektiv schwer zu beurteilen. Rezidivierende Unfälle würden den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen. Eine orthopädische Begutachtung in Münsterlingen sei im Mai 2019 geplant.

4.4 Am 26. April 2019 nimmt Dr. C.____ Stellung bzw. beantwortet die von der Administration Suva gestellten Fragen zu den drei Unfällen. Er führt aus, es würden keine strukturell objektivierbaren Folgen vorliegen und es seien keine überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit den Unfällen stehenden strukturellen Läsionen nachgewiesen worden. Bezüglich der linken Schulter verweist er auf Beurteilung von Dr. B.____ vom 22. Dezember 2016. Dr. C.____ befasst sich insbesondere auch mit der im Dezember 2016 aufgefallenen neurologischen Symptomatik. Mittels Diagnostik hätten sich im HWS-Bereich praktisch auf allen Ebenen abnutzungsbedingte Veränderungen wie Verengungen des Rückenmarkkanals mit Schädigung des Rückenmarks, Knorpelabnutzungen, Arthrosen der Wirbelgelenke und Knorpelveränderungen zwischen den Wirbelkörpern gezeigt. Zudem habe auf Höhe C6/7 ein Bandscheibenvorfall bestanden. Bei all diesen Veränderungen handle es sich nicht um Unfallfolgen. Ein Bandscheibenvorfall sei nur in ganz seltenen Fällen Folge eines Unfalls. Für eine solche Annahme seien zwingend und sehr zeitnah zum Ereignis sensomotorische Ausfälle zu erwarten und ebenso sei eine sehr zeitnahe Operationsindikation zu erstellen. Im vorliegenden Fall seien die Symptome erst mehrere Wochen nach dem Ereignis zunehmend zu Tage getreten und erst knapp ein Jahr nach dem Ereignis sei der Versicherte operiert worden. Auch habe die Bildgebung an der HWS keine Hinweise auf eine stattgefundene Gewalteinwirkung nachweisen können und der Beschwerdeführer habe initial

keine Beschwerden an der HWS geklagt. Deshalb seien nach Ansicht des Kreisarztes spätestens sechs bis acht Monate nach dem Ereignis keine Unfallfolgen mehr vorhanden.

4.5 Dr. med. H.____, FMH Neurologie, nimmt mit Bericht vom 22. Oktober 2019 zu Handen der Suva Stellung. Er hält folgende Diagnosen fest:

- Gang- und Standataxie mit rezidivierenden Stürzen bei
- Fokaler zervikaler Myelopathie Höhe HWK6/7 sowie
- Leichter, axonal betonter sensibler Polyneuropathie vom distalen symmetrischen Typ unklarer Ätiologie.
- Rezidivierende Stürze mit unklarer Bewusstseinsstörung, derzeit ohne Hinweise auf epileptische Genes DD: kardio? Weitere kardiologische Abklärung wird empfohlen.
- St. n. Diskektomie HWK 6/7 und ventraler interkorporeller Spondylodese HWK 6/7 21.09.2017.
- Zervikoradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C7 links bei Foraminalstenose HWK 6/7.
- Chronisch rezidivierende Zervikalgien bei multisegmentalen degenerativen HWS-Veränderungen mit u.a. foraminalen Stenosen C4 beidseits linksbetont, C5 beidseits linksbetont, C6 beidseits, C7 beidseits und C8 rechts.
- St. n. Schulterprellung links mit aktivierter AC-Gelenksarthrose links 21.11.2016.
- St. n. lateraler Stabilisierung OSG rechts am 4.11.2015 bei chronischer Instabilität und Schmerzen.
- St. n. Knie-Totalprothese links 18.05.2016.
- St. n. Knie-Totalprothese rechts 2013.
- St. n. Dekompression L3 - L5 rechts sowie transforaminaler Nukleotomie L 4/5 rechts 2015.

Dr. H.____ führt aus, die zervikale Myelopathie stelle höchstwahrscheinlich die Ursache der beim Versicherten vorliegenden Stand- und Gangataxie mit daraus resultierenden häufigen und zum Teil schweren Stürzen dar. Zur weiteren Abklärung und speziell zur Frage nach potentiell behandelbaren Ursachen der festgestellten Polyneuropathie empfiehlt er verschiedene Laboruntersuchungen. Der Versicherte berichte weiter über Stürze mit unklarem Bewusstseinsverlust bei fehlenden Zeichen eines Schädel-Hirn-Traumas. Diese Angaben seien auf epileptische Anfälle oder auch kardiogene Synkopen verdächtig. Im Ruhe-Wach-EEG vom 11. September 2019 hätten sich keine pathologischen Befunde und insbesondere keine Hinweise auf eine epileptische Genese der Synkopen ergeben. Gleichzeitig hätten sich häufige Extrasystolen mit zum Teil längeren kompensatorischen Pausen finden lassen, weshalb eine kardiogene Genese der Synkopen ausgeschlossen werden sollte. Die vom Versicherten angegebenen Sensibilitätsstörungen der Hände seien seines Erachtens als sensible zervikoradikuläre Ausfälle (vor allem C7 links) zu deuten, Hinweise auf eine andere periphere neurogene Läsion wie ein Carpaltunnelsyndrom, eine Neuropathie des N. ulnaris oder eine Läsion des Plexus brachialis würden sich in der Elektroneurographie vom 23. September 2019 nicht finden lassen.

4.6 In der Folge legt die Suva den Bericht von Dr. H.____ vom 22. Oktober 2019 dem Kreisarzt mit der Frage vor, ob sich aufgrund dieses Berichts neue Erkenntnisse ergeben würden. Mit Stellungnahme vom 10. Dezember 2019 verneint Dr. C.____ diese Frage und bemerkt, die vom

Neurologen diagnostizierten Ursachen der Symptomatik hätten mit Unfallfolgen nichts zu tun und würden seine Beurteilung vom April 2019, an welcher er festhalte, stützen.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die kreisärztliche Beurteilung vom 26. April 2019 von Dr. C.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Folgen der Unfälle vom 20. November 2016, vom 6. Oktober 2017 und vom 14. Juli 2018 abgeklungen seien und sich der Gesundheitszustand des Versicherten ab dann auch ohne diese Unfälle identisch gezeigt hätte.

Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, dass er bis heute an den Folgen seiner zahlreichen Unfälle und insbesondere der im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Vorfälle leide. Es bestünden nach wie vor erhebliche Beschwerden insbesondere an der linken Schulter, der Halswirbelsäule, dem Kopf sowie dem Rücken. Er beanstandet, die kreisärztliche Beurteilung vom 26. April 2019 sei inhaltlich nicht nachvollziehbar. Es fehle eine differenzierte versicherungsmedizinische Auseinandersetzung mit den Berichten von Dr. D.____ vom 21. Dezember 2016, von Dr. B.____ vom 22. Dezember 2016, von Dr. E.____ vom 9. August 2017 und der MRT der Schulter links und der HWS vom 1./16. Dezember 2016 sowie den späteren Berichten von Dr. I.____, FMH diagn. Neuroradiologie, vom 15. Oktober 2019 und von Dr. H.____ vom 22. Oktober 2019; ausserdem würde aus diesen Berichten nur oberflächlich und selektiv herausgepickt, was die eigene These vermeintlich unterstützen würde.

5.2 Der Argumentation des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Dr. C.____ hat den aktenmässigen Verlauf und auch die vom Beschwerdeführer erwähnten Berichte in seinem kreisärztlichen Bericht vom 26. April 2019 aufgeführt und sich in seiner Beurteilung damit – soweit notwendig – auseinandergesetzt. Insbesondere hat er ausdrücklich die Einschätzung von Dr. B.____ geteilt, wonach an der linken Schulter drei bis sechs Monate nach dem Ereignis keine Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Zu Recht weist Dr. C.____ ausserdem darauf hin, dass sich im Bereich der Halswirbelsäule die Symptomatik erst deutlich nach dem Unfallereignis eingestellt hat und in der Bildgebung keine Hinweise auf eine stattgehabte Gewalteinwirkung nachgewiesen wurde. Auch weist er daraufhin, dass der Beschwerdeführer initial nicht über Beschwerden an der HWS geklagt hatte. Am 10. Dezember 2019 hat Dr. C.____ zudem explizit zum Schreiben von Dr. H.____ vom 22. Oktober 2019, welcher sich unter anderem auch auf das von Dr. I.____ beurteilte MRT vom 14. Oktober 2019 stützte, Stellung genommen und ausgeführt, dass dieser Bericht seine eigene Beurteilung vom April 2019 stütze. In der Tat gibt Dr. H.____ an, dass die zervikale Myelopathie in Höhe HWK 6/7 höchstwahrscheinlich die Ursache der beim Versicherten vorliegenden Stand- und Gangataxie mit daraus resultierenden häufigen und zum Teil schweren Stürzen darstelle. Dass die Myelopathie aber durch eines der hier zu beurteilenden Unfallereignisse verursacht worden sein könnte, wird von Dr. H.____ nicht geltend gemacht und dafür gibt es auch keinerlei Hinweise. Im Gegenteil zeigen sich aus der Diagnostik abnutzungsbedingte Veränderungen auf allen Ebenen im Bereich der HWS. Auch die Schilderungen des Beschwerdeführers in Bezug auf den Bandscheibenvorfall vermögen nicht darzutun, dass dieser als Unfallfolge anzusehen wäre; im Gegenteil bestätigen seine Ausführungen auch hier die Sicht von Dr. C.____, dass die sensomotorischen Ausfälle eben nicht genügend zeitnah zum Ereignis aufgetreten sind und der Beschwerdeführer nicht unmittelbar nach den Unfällen über entsprechende

Symptome geklagt hat. Damit liegen die Voraussetzungen, den Bandscheibenvorfall als unfallbedingt zu qualifizieren, nicht vor.

5.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist festzuhalten, dass insgesamt keine auch nur geringen Zweifel am kreisärztlichen Bericht vom 26. April 2019 bestehen, der Bericht erweist sich als schlüssig und überzeugend.

5.4 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 13. Oktober 2020 gestellten Verfahrens Antrag des Versicherten zu entsprechen, wonach ein medizinisches Gerichtsgutachten bzw. eventualiter im Falle einer Rückweisung ein externes Verwaltungsgutachten einzuholen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3).

6. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt war, ihre Versicherungsleistungen für die Folgen der Ereignisse vom 20. November 2016, vom 6. Oktober 2017 und vom 14. Juli 2018 per 12. April 2020 einzustellen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. September 2020 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

7. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

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