Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. November 2012 (725 12 84)

Unfallversicherungsrecht

Natürliche Kausalität bei degenerativ bedingten Lumbalgien und Lumboischialgien

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Tschopp, Advokat, Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1954 geborene A.____ arbeitet seit Februar 1997 bei der B.____ des Kantons C.____ und ist in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Nachdem der Versicherte in den Jahren 1998 und 1999 bereits zwei Unfälle erlitten hatte, meldete er der SUVA am 30. April 2010 einen weiteren Unfall, wonach er am 20. Januar 2010 beim Spazieren im Wald ausgerutscht und auf die rechte Hüfte gefallen sei. Am 25. April 2010 erlitt der Versicherte einen weiteren Unfall, als er mit seinem Personenwagen beim Einparkieren rückwärts mit einem anderen, ebenfalls rück-

wärts fahrenden Personenwagen kollidierte. Wegen Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen bis in die Füsse suchte er in der Folge seine Hausärztin auf, welche eine Physiotherapie veranlasste. Am 19. Januar 2011 wurden aufgrund der Angabe von Sensibilitätsstörungen im Rücken und in den Beinen Bild gebende Untersuchungen der Lendenwirbelsäule (LWS) vorgenommen.

B. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse teilte die SUVA dem Versicherten mit Verfügung vom 12. September 2011 mit, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Die Unfälle vom 20. Januar 2010 sowie vom 25. April 2010 würden deshalb per 31. August 2010 abgeschlossen und die Versicherungsleistungen in Form von Heilungskosten auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt.

C. Nachdem der Versicherte Mitte April 2011 mit Blick auf die Empfehlung einer lumbalen Stabilisierung eine Zweitmeinung eingeholt hatte und ein weiteres MRT der LWS angefertigt worden war, unterzog er sich am 14. September 2011 einer Dekompression der LWS auf Höhe L4/5.

D. Eine am 27. September 2011 erhobene Einsprache des Versicherten gegen die Verfügung der SUVA vom 12. September 2011 wurde mit Einspracheentscheid der SUVA vom 7. Februar 2012 abgewiesen. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Daniel Tschopp, Advokat, am 7. März 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids der SUVA weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Zur Begründung liess er mit Eingabe vom 29. März 2012 im Wesentlichen vorbringen, dass die Unfallereignisse vom 20. Januar und 25. April 2011 zweifellos noch immer eine Teilursache der weiterhin bestehenden gesundheitlichen Problematik darstellen würden.

E. Die SUVA schloss in ihrer Vernehmlassung vom 14. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde. Gestützt auf eine vernehmlassungsweise eingereichte, versicherungsmedizinische Beurteilung vom 7. Mai 2012 sei der status quo sine Ende August 2010 wieder erreicht gewesen. Auf die übrigen Vorbringen der Parteien ist - soweit notwendig - in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

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

1. Auf die frist- und formgerechte Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. August 2010 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung besitzt.

2.1 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).

2.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) 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 entfiele (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, 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 (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b 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 nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007, E. 2.2). 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 und die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen des Gesund-

heitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

2.4 Es entspricht im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien durch degenerative Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als unfallbedingt kann eine Diskushernie nur dann betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (vgl. RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a, U 138/99, mit Hinweis auf das nicht veröffentlichte Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b, und medizinische Literatur; zuletzt: Urteil 8C_213/2008 vom 9. Juni 2008). Ein Unfall ist gemäss dieser Rechtsprechung somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. So hat im medizinischen Versuch die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule herbeigeführt werden können, nicht aber bei Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen (vgl. Urteil R. des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1. mit Hinweisen; ebenso Urteil Z. des EVG vom 6. September 2006, U3/06, E. 1.2). Ist die Diskushernie hingegen bei einem degenerativen 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. Dies ist dann der Fall, wenn die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht worden ist. Solange der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel nebst Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (vgl. Urteile U 351/04 vom 14. Februar 2006, publ. in: ASS 2006 2 S. 14; U 266/99 vom 14. März 2000).

2.5 Nach derzeitigem medizinischen 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 solche 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 (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2008: Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen] U 354/04 vom 11. April 2005, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur).

3.1 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 Be-

weiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1).

3.2 Zur Feststellung des Sachverhaltes und des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 E. 1b). Das Gericht hat die 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 also entscheidend, ob der Bericht 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 (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

3.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) 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 und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht unlängst präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit jener ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

4. Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, die nach dem 31. August 2010 weiterhin vorhandenen Beschwerden seien auf eine durch den Sturz vom 20. Januar 2010 sowie den Autounfall vom 25. April 2010 verursachte traumatische Verletzung der Wirbelsäule zurückzuführen. Die SUVA stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die geklagten Beschwerden ab September 2010 nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur

gewesen seien. Soweit die SUVA in ihrer Vernehmlassung nebst den beiden Unfällen aus dem Jahre 2010 auch Bezug auf den Sturz des Versicherten zu Hause am 23. Dezember 1999 nimmt, ist vorab darauf hinzuweisen, dass sie der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung vom 12. September 2011 zufolge ihre Leistungspflicht ab September 2010 nur in Bezug auf die Unfallereignisse aus dem Jahre 2010 abgelehnt hat. Streitgegenstand der richterlichen Überprüfung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist demnach ebenfalls einzig die Frage nach allfälligen Folgen der letztgenannt erlittenen Unfälle vom 20. Januar sowie vom 25. April 2010.

4.1 Gemäss Bericht von Dr. D.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 6. August 2004 habe ein am 18. Januar 2000 angefertigtes Röntgenbild der Halswirbelsäule (HWS) zwar eine extreme Steifhaltung der HWS, jedoch keine ossäre Läsion auf Höhe C5/6 ergeben. Ein in der Folge angefertigtes MRI habe eine Diskushernie auf Höhe C4/5 und C5/6 mit einer discogenen Einengung auf der Höhe C5/6 aufgezeigt.

4.2 Der ärztlichen Beurteilung von Dr. E.____, FMH Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, vom 25. Januar 2010 zufolge sei ein kausaler Zusammenhang zwischen dem geklagten Tinnitus des Versicherten und dem Sturzereignis vom 23. Dezember 1999 höchstens möglich, jedoch nicht wahrscheinlich.

4.3 Gemäss Bericht von Dr. F.____, FMH diagnostische Neuroradiologie, vom 19. Januar 2011 sei im MRT der LWS vom 19. Januar 2011 ein anlagebedingt enger Spinalkanal und eine diskrete Osteochondrose LWK 1/2 ohne Nervenwurzelbeeinträchtigung zu erheben. Auf Höhe LWK 2/3 zeige sich eine dehydrierte Bandscheibe mit diffuser, linksbetonter Diskusprotrusion, eine leichtgradige, bilaterale Spondylarthrose sowie ein freier Abgang der Wurzel L2 beidseits. Auf Höhe LWK 3/4 sei eine dehydrierte Bandscheibe mit diffusen Diskusprotrusionen zu erkennen. Zusätzlich finde sich eine bilaterale Spondylarthrose mit leichter Hypertrophie der Ligamenta flava. Der zentrale Spinalkanal sei leichtgradig eingeengt. Eine evidente Nervenwurzelkompression sei hier nicht erkennbar. Der Abgang der Wurzel L3 beidseits sei frei. Auf Höhe LWK 4/5 sei eine schwere, bilaterale Spondylarthrose mit minimalster Anterolisthesis von 2mm nachweisbar. Die Spondylarthrose auf der rechten Seite sei mit Knochenmarksödem aktiviert. Zusätzlich zeige sich eine diffuse Diskusprotrusion mit einer hypertrophen Ligamenta flava. Konsekutiv bestehe eine mittel- bis höhergradige, zentrale Spinalkanalstenose mit schwerer recessaler Stenose beidseits und ein Verdacht auf eine Kompression der Wurzel L5 beidseits. Der Abgang der Wurzel L4 sei beidseits frei. Auf Höhe LWK 5/SWK 1 sei eine diffuse Diskusprotrusion sowie eine schwere linksseitige Spondylarthrose, aber keine Nervenwurzelkompression gegeben. Der Abgang der Wurzel L5 sei beidseits frei.

4.4 Dem Bericht von Dr. G., Oberarzt am Behandlungszentrum Bewegungsapparat des Universitätsspitals H.____, Abteilung Wirbelsäulenchirurgie, vom 7. April 2011 ist zu entnehmen, dass beim Versicherten eine claudicatioforme Schmerzsymptomatik der Beine beidseits bei unklarem Kribbelgefühl im Becken und in beiden Beinen, ein leichtgradige Spinalkanalstenose auf Höhe L 3/4 sowie eine hochgradige Spinalkanalstenose mit Diskushernie auf Höhe L 4/5 linksbetont und einen Status nach Unfallereignis im Januar 2010 sowie im April 2010 nach

Auffahrunfall zu diagnostizieren sei. Eine Dekompression auf Höhe L3-5 sei indiziert. Der Patient werde sich noch eine Zweitmeinung einholen und sich danach je nach Entscheid zur Operation wieder melden.

4.5 Gemäss Bericht von Dr. I.____, Klinik J.____, vom 18. April 2011 sei eine posttraumatische Rotation des Hemipelvis rechts mit iliosakraler Gelenksüberlastung bei chronisch myofazialer Beschwerdesymptomatik sowie eine asymptomatische Spinalstenose auf Höhe L4/5 zu diagnostizieren. Der Sturz auf Glatteis im Januar 2010 sowie insbesondere der Autounfall am 25. April 2010 hätten zu einer Verschiebung des Ileums rechts mit Überlastung des Iliosakralgelenkes und darauffolgenden reaktiven myofaszialen und pseudoradikulären Beschwerden geführt. Dies erkläre die jeweilig kurze Wirkungsdauer der korrekt durchgeführten ambulanten Therapien. Die manuelle Derotation des Beckens habe eine deutliche Verminderung der Beschwerden bewirkt. Obwohl das MRI eine mässige Einengung auf Höhe L4/5 zeige, sei nicht ganz sicher, ob diese bereits symptomatisch geworden sei.

4.6 Der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. K.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 5. September 2011 zufolge sei die Rückenkontusion von Januar 2010 längst auskuriert. Aktuell stehe eine lumbale Neurolyse zur Diskussion, was allerdings über die Krankenkasse abgewickelt werden sollte, weil der betreffende Sturz die Beschwerden allenfalls ausgelöst, aber nicht verursacht habe. Die jetzigen Beschwerden seien nicht mit der nötigen Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit auf diesen Sturz zurückzuführen. Eine solche LWS könne jederzeit spontan dekompensieren.

4.7 Gemäss kreisärztlicher Beurteilung von Dr. K.____ vom 6. September 2011 sei ein Vorzustand in Form einer bisher stummen, lumbalen Spinalstenose gegeben. Eine unfallbedingte Verschlimmerung als Folge des am 25. April 2010 erlittenen Unfallereignisses sei nicht gegeben. Es handle sich um eine banale Hüftkontusion und allenfalls um eine Blockade des rechten Sacroiliacalgelenks. Die Verschlimmerung sei als vorübergehend zu bezeichnen. Bezüglich der Hüftkontusion und der Sacroiliacalgelenksbeschwerden sei der Status quo ante bzw. sine jeweils drei Monate nach den Ereignissen vom 20. Januar bzw. 25. April 2010 erreicht gewesen. Die jetzigen Beschwerden seien auf die unfallfremde Spinalstenose zurückzuführen, die durch die beiden Ereignisse allenfalls ausgelöst, nicht aber verursacht worden sei. Der Fall liege analog zu einer lumbalen Diskushernie. Eine echtzeitliche Untersuchung sei nicht mehr möglich.

4.8 Gemäss Operationsbericht von Dr. I.____ vom 14. September 2011 sei aufgrund der zunehmend behindernden Beschwerden die Indikation zur Dekompression L4/5 gestellt worden, nachdem die MRI-Untersuchung eine rezessal betonte, beidseitige Stenosierung auf der Höhe L4/5 aufgezeigt habe.

4.9 Gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung von Dr. L.____, Kompetenzzentrum der SUVA, Abteilung Versicherungsmedizin, vom 7. Mai 2012 zeige ein erstes MRT der LWS vom 19. Februar 2011 rund neun Monate nach dem Unfallereignis vom 25. April 2010 degenerative Veränderungen der gesamten LWS. Residuen einer neun Monate zurückliegenden knö-

chernen oder disco-ligamentären Verletzung liessen sich auf den entsprechenden Bildern nicht finden. Fünf Monate nach dem ersten MRT sei ein zweites MRT der LWS angefertigt worden. Der Vergleich zeige denselben Status in Form von degenerativen Veränderungen der Spinalkanalstenose, multiplen Diskusprotrusionen und in allen Segmenten nachweisbaren Spondylarthrosen, die weder an Intensität noch an Ausdehnung zugenommen hätten. Die Nervenwurzelkompressionen seien ebenfalls gleich geblieben. Eine Beschleunigung des Voranschreitens degenerativer Veränderungen an der insgesamt schwerwiegend krankhaft veränderten LWS sei somit bildgebend ausgeschlossen. Zur Frage der Ödeme im Knochenmark sei festzuhalten, dass solche Ödeme grundsätzlich unterschiedliche Ursachen haben könnten: reaktiv, entzündlich, degenerativ oder traumatisch. Im vorliegenden Fall könne mit weitaus überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer reaktiven Entstehung im Zusammenhang mit den ausgeprägten Spondylarthrosen ausgegangen werden. Die von Dr. I.____ dokumentierten myofaszialen und pseudoradikulären Symptome seien vollumfänglich durch die krankhaften Veränderungen der LWS erklärt. Der Operationsbericht von Dr. I.____ vom 14. September 2011 bestätige unmissverständlich den Ursprung der Beschwerden im Wirbelsäulensegment L4/5. Diese jetzt operativ therapierten Veränderungen seien bereits 1999 bildgebend bekannt gewesen und hätten dem natürlichen Verlauf entsprechend im Laufe der Jahre umfangmässig zugenommen. Die im September 2011 durchgeführte Operation an der LWS wäre deshalb auch ohne das Unfallereignis vom 25. April 2010 indiziert gewesen. Nach dem Ereignis vom 20. Januar 2010 sei der Versicherte wieder völlig schmerzfrei gewesen. Das Ereignis vom 25. April 2010 habe keine tatsächliche strukturelle Läsion im Bereich der LWS verursacht. Auch unter Berücksichtigung einer Rotation der gesamten Wirbelsäule nach rechts sei in Anbetracht des mechanischen Schutzes der Rückenlehne des Fahrersitzes und der höchstwahrscheinlich sehr geringen Geschwindigkeit im Bereich der LWS keine knöcherne oder ligamentäre Läsion denkbar. Eine Richtunggebung der krankhaften Vorzustände könne in Anbetracht der Bildgebung ausgeschlossen werden. Sofern überhaupt und ohne den Nachweis einer strukturellen Läsion von einer Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes die Rede sei, wäre eine solche mit Sicherheit nur vorübergehend. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei weder klinisch ausgewiesen noch bildgebend im direkten Vergleich der Verlaufsaufnahmen objektivierbar. Im Zeitpunkt der Einstellung der Versicherungsleistungen Ende August 2010 hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinerlei somatische Folgen der beiden Unfallereignisse mehr vorgelegen. Der Status quo sine sei in Bezug auf den krankhaften Vorzustand der LWS am 31. August 2010, mithin vier Monate nach der Kollision beim Rückwärtsfahren auf einem Parkplatz, wieder erreicht gewesen. Die von Dr. I.____ gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Rotation des Hemipelvis und einer Verschiebung des Ileums seien in Anbetracht eines bildgebenden Ausschlusses struktureller Läsionen des Beckens und der LWS nicht rechtsgenüglich objektivierbar und damit nicht validiert. Überdies belege der weitere Verlauf bis zum 7. Februar 2012, dass diesen Diagnosen keine klinische Bedeutung mehr zugekommen sei. Vielmehr sei eine operative Behandlung der seit 1999 bekannten Grunderkrankung an der LWS durchgeführt worden. Dieser Eingriff sei den Aussagen des Versicherten zufolge erfolgreich verlaufen. Ex juvantibus könne aus der erfolgreichen operativen Therapie auf die Ursache der geklagten Beschwerden in Form der Spinalkanalstenose geschlossen werden.

4.10 Gemäss Arztbericht von Dr. M.____, Chefarzt der Klinik Rheumatologie am Spital N.____ in C.____, vom 17. Juli 2012 sei der Versicherte bis zum Unfall vom 25. April 2010 vollständig arbeits- und sportfähig gewesen. Durch das Unfallereignis seien erstmalig wieder Beschwerden im Bereich des Rückens und der unteren Extremitäten aufgetreten. Beim Rückwärtsfahren mit Rechtsdrehung des Oberkörpers sei er stark touchiert worden. Aus medizinischer Sicht könne eine Vorschädigung der LWS mit degenerativen Veränderungen der Intervertebralgelenke sowie eine Spinalkanalstenose L4/5, weniger L3/4, objektiviert werden. 1998 sei es durch eine Diskushernie, bei welcher aktuell noch Residuen vorhanden seien, zu einer Kompression der Nervenwurzel L3 gekommen, was eine akute Reiz- und Ausfallsymptomatik bewirkt habe. Bis zum Unfall am 25. April 2010 sei der Versicherte trotz deutlich degenerativer Veränderungen und hochgradiger Spinakanalstenose rezessal L4/5 absolut beschwerdefrei und kompensiert gewesen. Das Unfallereignis mit geringer Aufprallenergie habe zu einer Dekompensation der Spinalkanalstenose bei Diskusprotrusion, ossärer und ligamentärer Einengung und Auftreten einer Claudicatio-Spinalis-Symptomatik der Nervenwurzel L5 und S1 beidseits geführt, welche lege artis zunächst einer konservativen Therapie und in der Folge bei Therapieresistenz einer operativen Dekompensation zugeführt worden sei. Seit dieser Operation bestehe wieder eine stabile Situation. Versicherungsmedizinisch sei durch den Unfallmechanismus eine richtunggebende Verschlechterung im Initialzeitpunkt des Unfallereignisses eingetreten. Beim Versicherten bestünden Vorschädigungen, weshalb die für das Auslösen einer Bandscheibenherniation notwendige Energie etwas gemindert sein könne, um symptomauslösend zu wirken. Die vorbestehenden degenerativen Veränderungen mit Spinalkanalstenose und hypertropher Spondylarthrose insbesondere auf Höhe L4/5 seien jedoch derart fortgeschritten, dass irgendein ähnlicher Mechanismus dieselbe Symptomatik hätte auslösen können. Zudem sei es schwer nachvollziehbar, dass es sich um ein massives Ereignis gehandelt habe, da die Arbeitsfähigkeit und die tägliche Aktivität (ausser Sport) erhalten geblieben sei sowie die wegweisende Bildgebung mit MRT der LWS bzw. die erste Röntgendokumentation erstmalig knapp ein Jahr nach dem Ereignis durchgeführt worden sei. Weder retrospektiv noch prospektiv könne der schicksalsmässige Verlauf mit akuter Verschlechterung zeitlich eingegrenzt oder bestimmt werden, so dass man von Annahmen und Erfahrungswerten ausgehen müsse. In der Regel werde nach Unfall oder richtunggebender Verschlimmerung eine ein- bis zweijährige Zeitspanne angegeben, um einen Status quo non zu erreichen. Dies sollte bis zur Wiederaufnahme der vollen Arbeitsfähigkeit im Juli 2012 angerechnet werden.

5.1 Sowohl aufgrund der noch vor den massgebenden Unfällen im Jahr 2010 erstellten medizinischen Akten als auch der danach durchgeführten MRI-Untersuchung vom 19. Januar 2011 steht fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt seines ersten Unfalls im Januar 2010 erhebliche degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule aufgewiesen hat. Bereits ein zuvor angefertigtes MRI zeigte eine Diskushernie auf Höhe C4/5/6 mit discogener Einengung (vgl. Bericht von Dr. D.____ vom 6. August 2004). Nichts anderes ergibt sich aus dem neuerlichen MRI vom 19. Januar 2011, auf welchem in verschiedenen Höhen der Lendenwirbelsäule dehydrierte Bandscheiben mit diffusen Diskusprotrusionen sowie mehrfache, teils schwere Spondylarthrosen bestätigt werden konnten. Nichts anderes bestätigt schliesslich auch der replicando eingereichte Arztbericht von Dr. M.____ vom 17. Juli 2012, demzufolge weit fortgeschrittene, vorbestehende degenerative Veränderungen mit Spinalkanalstenose und hypertro-

pher Spondylarthrose insbesondere auf Höhe L4/5 bestanden haben. Weil vor den beiden fraglichen Unfällen, insbesondere vor dem Autounfall im April 2010, keine Beschwerden geklagt worden sind (vgl. Schreiben des Versicherten vom 27. September 2011 an die SUVA, Beilage 6 der Beschwerdebegründung; ebenso aber auch Arztbericht von Dr. M.____ vom 17. Juli 2012), zieht der Beschwerdeführer den Schluss, insbesondere der im April 2010 erlittene Autounfall sei für die seither eingetretenen Beschwerden ursächlich. Er argumentiert damit, sein Vorzustand habe durch die versicherten Ereignisse eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Entgegen dieser vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung ist die unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden Wirbelsäulenerkrankung jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen als richtunggebend zu betrachten. Ansonsten ist sie vorübergehender Natur (vgl. oben, Erwägungen 2.4. f.; ebenso SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). Aufgrund der Akten steht fest, dass sich der Versicherte anlässlich der beiden fraglichen Unfallereignisse weder im Januar noch insbesondere im April 2010 objektivierbare Verletzungen Bild gebender Natur zugezogen hat. Weder haben in einer ersten Phase nach den fraglichen Unfällen die behandelnden noch die nachträglich begutachtenden Ärzte je eine Bild gebende Verletzung erhoben. Aufgrund der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. L.____ vom 7. Mai 2012 ist davon auszugehen, dass sich auch auf den Bildern des MRI vom 19. Februar 2011 keine Residuen einer knöchernen oder disco-ligamentären Verletzung des neun Monate zuvor erlittenen Autounfalls finden liessen. Nachdem ein zweites MRT der LWS denselben Status in Form von degenerativen Veränderungen der Spinalkanalstenose, multipler Diskusprotrusionen und in allen Segmenten nachweisbaren Spondylarthrosen aufgezeigt hatte, ist gestützt nicht zuletzt auf die schlüssige Beurteilung von Dr. L.____ jedenfalls davon auszugehen, dass eine strukturelle Läsion an der LWS bildgebend ausgeschlossen werden kann. Wie eingangs dargelegt, kann das Erreichen des Status quo sine vel ante bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch jedoch stets ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss (vgl. oben, Erwägungen 2.4. f). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die von Dr. M.____ vertretene Meinung einer richtunggebenden Verschlimmerung der normativen Erfahrungstatsache widerspricht, wie sie das Bundesgericht in beständiger Rechtsprechung geprägt hat. Der von Dr. L.____ festgestellte abschliessende Befund einer deutlich degenerativen Veränderung ohne strukturelle Schäden stimmt vielmehr mit der dargelegten medizinischen Erfahrungstatsache bei Diskushernien überein, dass posttraumatische Lumbalgien und Lumboischialgien ohne bildgebend nachweisbare Ursache bereits drei bis vier Monate nach dem auslösenden Ereignis wieder ihren Status quo sine vel ante erreicht haben. Eine richtunggebende Verschlimmerung ist mangels Bild gebender Befunde deshalb zu verneinen. An diesem Ergebnis vermag nichts zu ändern, dass im MRI vom 19. Januar 2011 eine rechtsseitig aktivierte Spondylarthrose mit aktiviertem Knochenmarksödem erhoben werden konnte, weil im vorliegenden Fall mit weitaus überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer reaktiven Entstehung im Zusammenhang mit der ausgeprägten Degeneration der Spondylarthrose auszugehen ist (vgl. Beurteilung von Dr. L.____ vom 7. Mai 2012).

5.2 Rechtsprechungsgemäss kann auf die Berichte versicherungsinterner Ärzte abgestellt werden, wenn kein Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Schlussfolgerungen besteht

(vgl. BGE 135 V 471, E. 4.7). Allfällige Zweifel liegen hier nicht vor. Die neben Dr. L.____ auch in den übrigen Arztberichten beschriebene degenerative Entwicklung der objektiv begründeten Beschwerden entspricht den Erfahrungswerten bei posttraumatisch ausgelösten Rückenbeschwerden. Daran vermag insbesondere auch nichts zu ändern, dass sich der Beschwerdeführer im September 2011 einer operativen Dekompression der LWS unterzogen hat. Die bereits unmittelbar nach der Operation eingetretene Beschwerdefreiheit zeigt vielmehr auf, dass die Ursache der geklagten Rückenbeschwerden in den bereits zuvor bestehenden, degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule gelegen hat (vgl. Seite 2 des Schreibens des Versicherten vom 27. September 2011 an die SUVA, Beilage 6 der Beschwerdebegründung), welche die durchgeführte Dekompression der LWS auf Höhe der vorbestehenden Stenosen L4/5 so oder anders indiziert hätten. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass gemäss den übereinstimmenden ärztlichen Berichten die LWS des Versicherten mit massiven degenerativen Vorzuständen jederzeit spontan dekompensieren könne (vgl. kreisärztliche Beurteilung von Dr. K.____ vom 5. September 2011; versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. L.____ vom 7. Mai 2012). Die richtunggebende Verschlimmerung selbst einer solch akzentuiert erkrankten Wirbelsäule setzt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stets einen röntgenologisch ausgewiesenen Befund voraus, wie er hier gerade nicht ausgemacht werden konnte. Nichts daran zu ändern vermag ebenso wenig der Einwand des Beschwerdeführers, der anlässlich des Autounfalls im April 2010 erlittene Zusammenstoss sei überaus heftig gewesen und im Zustand einer seitlich verdrehten Körperhaltung erfolgt. Zumal gestützt auf die eingereichten Unfallbilder nicht davon auszugehen ist, dass es sich dabei um ein massives Ereignis gehandelt hat (vgl. ebenso Arztbericht von Dr. M.____ vom 17. Juli 2012), ist ein Unfall nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Daran vermag auch ein massiver Vorzustand nichts zu ändern. Sodann ist in Erinnerung zu rufen, dass die isolierte Verletzung einer Bandscheibe erfahrungsgemäss auf eine rein axiale Belastung der Wirbelsäule, nicht aber auf eine Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegung zurückzuführen ist, wie sie der Beschwerdeführer in casu geltend gemacht hat (vgl. Urteil R. des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1. mit Hinweisen; ebenso Urteil Z. des EVG vom 6. September 2006, U3/06, E. 1.2). Es liegen somit keine Anhaltspunkt dafür vor, dass vorliegend - entgegen der allgemeinen medizinischen Erfahrungstatsache - die durch die im Jahr 2010, insbesondere durch den Ende April 2010, erlittenen Unfall verursachte Einwirkung auf die Wirbelsäule des Versicherten eine über die Dauer von maximal vier Monaten und somit über Ende August 2010 hinaus andauernde Schädigung verursacht hätte. Auch eine beantragte gutachterliche Untersuchung würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen, da der Gesundheitszustand im Unfallzeitpunkt und die nachfolgende Entwicklung bis August 2010 zu beurteilen wäre, was heute allerdings nur anhand der bereits vorliegenden Akten geschehen könnte. In Übereinstimmung mit der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. K.____ vom 6. September 2011 ist daher in antizipierter Beweiswürdigung auf eine ergänzende Abklärung der medizinischen Verhältnisse zu verzichten. Der vom Beschwerdeführer vorgebrachte Einwand, dass er vor dem fraglichen Autounfall im April 2010 beschwerdefrei gewesen sei, vermag zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Dadurch ist nicht erstellt, dass die danach geklagten Beschwerden auf einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden zurückzuführen sind. Den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Bandscheiben-

schaden allein mit der Argumentation zu bejahen, dass der Versicherte zuvor nicht an entsprechenden Beschwerden gelitten habe, liefe auf eine unzulässige Beweisformel "post ergo propter hoc" hinaus.

5.3 Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die SUVA hinsichtlich der strittigen Leistungseinstellung auf die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 7. Mai 2012 abgestellt hat. Dieser im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Bericht setzt sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten. Die erhobenen Befunde decken sich insbesondere mit der oben erwähnten medizinischen Dokumentation seines Vorzustandes. Es muss deshalb sein Bewenden damit haben, dass durch die Unfälle im Januar und April 2010 lediglich eine vorübergehende Akzentuierung in Form einer Symptomatisierung eines zuvor klinisch stummen Zustands erfolgt ist und das Kriterium für eine traumatische Schädigung mangels Bild gebender, objektivierbarer und struktureller Veränderung nicht erfüllt ist. Den aufgezeigten medizinischen Unterlagen ist überzeugend zu entnehmen, dass der Status quo ante bzw. sine rund vier Monate nach dem Auffahrunfall im April 2010 wieder erreicht war. Dies entspricht den Erfahrungswerten, wie sie von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden sind (vgl. oben, Erwägung 2.5). Stehen die somatischen Beschwerden des Versicherten somit spätestens ab September 2010 in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mehr mit den im Jahre 2010 erlittenen Unfällen, hat die SUVA ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

6. 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 wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht