Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Juli 2014 (725 14 104 / 171)

Unfallversicherung

Einstellung von Leistungen, Unfallkausalität einer Diskushernie

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiber i.V. Thomas Hunkeler
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, indemnis, Spalenberg 20, 4001 Basel
	gegen
	SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1958 geborene A.____ unterhält als selbständig Erwerbender eine Fördermittel- und Apparatebau GmbH und ist bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 8. Mai 2008 zog er sich bei der Gartenarbeit ein Supinationstrauma mit einer Weber-A-Fraktur am linken oberen Sprunggelenk zu. Am 2. Februar 2009 hatte sich der Versicherte einer fibulotalaren Bandplastik zu unterziehen. Da er danach trotz stabilem Sprunggelenk weiterhin an belastungsabhängigen Beschwerden litt, wurde am 8. März 2010 eine ambulante Kontroll-Arthroskopie vorgenommen,

wobei ein Corpus liberum unterhalb des Malleolus entfernt wurde. Am 18. Februar 2010 fiel der Beschwerdeführer von einer Bockleiter auf das linke Gesäss, wobei er in der Folge einen Schmerz im linken Gesäss mit Ausstrahlungen in den linken Fuss verspürte. Gestützt auf die bildgebende MRT-Diagnostik stellte Dr. B.____, FMH Neurologie, am 30. November 2010 eine Diskushernie L5/S1 links mit radikulärer Symptomatik fest. Am 31. Oktober 2011 unterzog sich der Beschwerdeführer im Universitätsspital Basel einer operativen Dekompression L4/S1 sowie einer Revision der Bandscheibe L4/5 und L5/S1. Die SUVA erbrachte für beide Unfälle die gesetzlichen Leistungen. Sie kam namentlich für die Heilkosten auf und richtete Taggelder aus.

B. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse stellte die SUVA mit Verfügung vom 21. Februar 2013 die Versicherungsleistungen in Bezug auf beide Unfälle per 28. Februar 2013 ein. Bezüglich der Rückenbeschwerden brachte sie vor, dass die anhaltend geklagten Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich auf degenerative Veränderungen zurückzuführen seien. Im Hinblick auf die Fussverletzung gab sie zur Begründung an, dass seit zweieinhalb Jahren keine medizinischen Behandlungen oder Arztbesuche nachgewiesen seien. Daher könne davon ausgegangen werden, dass keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorhanden seien. Die gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache, wies die SUVA mit Entscheid vom 3. März 2014 ab.

C. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 3. April 2014 Beschwerde am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass hinsichtlich der Diskushernie nach wie vor Rückenbeschwerden vorlägen und sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität zum Unfall zu bejahen seien. Was die Beschwerden am linken Fuss angehen, so sei die fehlende ärztliche Behandlung seit zweieinhalb Jahren kein Indiz für fehlende Unfallfolgen. Aufgrund der dürftigen Aktenlage könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass keine Unfallfolgen mehr vorlägen, so dass die Leistungseinstellung nicht zulässig sei.

D. Die SUVA schloss in ihrer Vernehmlassung vom 16. Mai 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

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

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 Münchenstein, 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 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 28. Februar 2013 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

2.1 Laut Art. 5 Abs. 1 UVG gelten die Bestimmungen über die obligatorische Versicherung sinngemäss auch für die freiwillige Versicherung. 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 (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

3.1 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).

3.2 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 vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

4.1 Unter den Parteien umstritten ist zunächst die Unfallkausalität der Diskushernie. Im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht es 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 des EVG vom 26. August 1996, U 159/95, E. 1b; Urteil des Bundesgerichts vom 11. November 2008, 8C_346/2008, E. 3.2.1, und medizinische Literatur). 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 des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1 mit Hinweisen; ebenso Urteil 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. Urteil vom 14. Februar 2006, U 351/04, publ. in: ASS 2006 2 S. 14; Urteil vom 14. März 2000, U 266/99).

4.2 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 EVG vom 11. April 2005, U 354/04, E. 2.2, mit Hinweisen auch auf die medizinische Literatur).

4.3 Zur Beurteilung der umstrittenen Fragen sind folgende medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

4.3.1 Dem Bericht des Röntgeninstituts C.____ vom 26. August 2010 zufolge, wurden beim Versicherten eine Chondrose L4/5 sowie eine Osteochondrose L5/S1, jedoch keine Frakturen festgestellt.

4.3.2 Gestützt auf den radiologischen Bericht vom 26. August 2010 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, am 16. September 2010 eine Kontusion am linken Gesäss und ischialgiforme Schmerzen am linken Bein. Im Zwischenbericht vom 21. November 2010 stellte er weiter fest, es läge ein posttraumatisches Lumbago vor.

4.3.3 Dr. B.____, FMH Neurologie, diagnostizierte am 22. Dezember 2010 eine traumatische Diskushernie L5/S1 links mit radikulärer Symptomatik links. Die Ursache für die Beschwerden und die Beinschwäche des Versicherten sei eindeutig die Diskushernie L5/S1. Da im MRT keine degenerativen Veränderungen an der LWS ersichtlich seien und die Symptomatik klar mit dem Sturz von der Leiter begonnen habe, läge ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Diskushernie vor.

4.3.4 Dem Bericht von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsspital Basel, vom 9. März 2011 zufolge seien eine Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 sowie eine nach kaudal luxierte Diskushernie L5/S1 zu erheben. Auf Grund dieser Diagnose werde dem Patienten eine operative Dekompression L4/5 und eine Diskektomie L5/S1 vorgeschlagen.

4.3.5 Nach dem Bericht von Dr. med. F.____, Oberarzt Orthopädie und Dr. med. G.____, Assistenzarzt Orthopädie, Universitätsspital Basel, vom 20. September 2011, zeige das MRT vom 7. September 2011 weiterhin eine Diskushernie L4/5 sowie eine Spinalkanalstenose L5/S1 linksseitig. Eine Dekompression und Diskushernienresektion sei weiterhin angezeigt.

4.3.6 Gemäss Operationsbericht von Dr. F.____ vom 22. November 2011 sei beim Versicherten am 30. Oktober 2011 eine operative Dekompression L4/S1 sowie eine Bandscheibenrevision L4/5 und L5/S1 durchgeführt worden.

4.3.7 Nach dem Bericht von Dr. F.____ vom 19. Januar 2012 klage der Patient postoperativ über dieselben Beschwerden wie präoperativ. Im Bericht vom 1. Juni 2012 hielt Dr. F.____ weiter fest, dass ein persistierendes lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom, ein Status nach Dekompression L4/S1 am 31. Oktober 2011 sowie eine Facettengelenksarthrose und Foramenstenose L5/S1 diagnostiziert worden seien.

4.3.8 Gemäss dem MRT-Bericht des Röntgeninstituts C.____ vom 6. Juni 2012 bestünden beim Versicherten persistierende Osteochondrosen aller lumbaler Bandscheibensegmente oh-

ne erneute Diskusherniation, eine persistierende Foraminalstenose L5/S1 beidseits, eine Osteochondrose median mit Protrusion L4/5 sowie Facettenarthrosen L4/5 und lumbosakral.

4.3.9 Dem kreisärztlichen Bericht von Dr. med. H.____, FMH Chirurgie, vom 4. Dezember 2012 zufolge habe der Versicherte beim Unfallereignis vom 18. August 2010 keine strukturell objektivierbaren, unfallbedingten Veränderungen im Bereich der LWS erlitten. Zum Zeitpunkt des Unfalls habe bereits eine degenerative Veränderung bestanden. Durch den Sturz von der Leiter sei es daher zu einer Verschlimmerung eines pathologischen Vorzustandes gekommen. Bei der Operation vom 31. Oktober 2011 sei somit ein vorbestehender Zustand operativ behandelt worden. Daher sei davon auszugehen, dass der Status quo sine bereits zum Zeitpunkt der Operation erreicht gewesen sei und die Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt hätten.

4.4 Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsterminierung per 28. Februar 2013 im Wesentlichen damit, dass die anhaltenden Beschwerden mit Blick auf die einschlägige bundesgerichtliche Praxis nicht mehr auf den Unfall, sondern vielmehr auf die nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zurückzuführen seien. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Ergebnisse des kreisärztlichen Berichts von Dr. H.____ vom 4. Dezember 2010. Der Beschwerdeführer argumentiert dagegen, dass der Unfallmechanismus typischerweise geeignet gewesen sei, eine traumatische Diskushernie zu verursachen. Dies zeige sich insbesondere dadurch, dass die radikulären Beschwerden sofort nach dem Unfall aufgetreten seien. Des Weiteren habe Dr. B.____ in seinem Bericht die Unfallkausalität der Diskushernie bejaht und auf das Fehlen degenerativer Veränderungen hingewiesen. Der kreisärztliche Bericht von Dr. H.____ berücksichtige die Aussagen von Dr. B.____ nicht und stehe im Widerspruch zu den anderen medizinischen Beurteilungen. Daher entspreche der Bericht von Dr. H.____ nicht den Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten und Gutachten.

4.5 Wie hiervor (E. 4.1) ausgeführt, kann eine Diskushernie nur dann als unfallbedingt betrachtet werde, wenn das Unfallereignis kumulativ 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. Vorliegend beschrieb der erstbehandelnde Arzt Dr. D.____ in seinem Bericht vom 16. September 2010 eine Kontusion am linken Gesäss und ischialgiforme Schmerzen am linken Bein. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50% ab dem 18. August 2010. Dem Bericht kann weiter entnommen werden, dass die Erstbehandlung am 25. August 2010 und somit erst eine Woche nach dem Unfallereignis erfolgte. Zum Auftreten der Symptome gab der Versicherte gemäss der Telefonnotiz der SUVA vom 22. Oktober 2010 an, die Ausstrahlungen von der Lendenwirbelsäule, hätten circa zwei bis drei Tage nach dem Unfall begonnen. Da die Symptome der Diskushernie nicht unverzüglich auftraten und zudem keine sofortige Arbeitsunfähigkeit bewirkten, kann gestützt auf medizinische Erfahrungstatsachen davon ausgegangen werden, dass die Diskushernie nicht durch den Unfall verursacht wurde. Unter diesen Umständen kann die Frage, ob das Unfallereignis von besonderer Schwere war, offen gelassen werden.

4.6 Rechtsprechungsgemäss kann auf die Berichte versicherungsinterner Ärzte abgestellt werden, sofern kein Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Schlussfolgerungen besteht. Allfällige Zweifel liegen hier nicht vor. Im kreisärztlichen Bericht von Dr. H.____ werden alle wesentlichen medizinischen Unterlagen beigezogen und die Kausalitätsbeurteilung erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Die Beurteilungen decken sich insbesondere mit der oben (E. 4.3.1) erwähnten medizinischen Dokumentation des Vorzustandes. Der Bericht von Dr. H.____ genügt daher den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweistaugliches medizinisches Gutachten, so dass darauf abgestellt werden kann. Den erwähnten medizinischen Unterlagen ist überzeugend zu entnehmen, dass der Status quo sine spätestens zwölf Monate nach dem Sturz von der Bockleiter wieder erreicht war. Dies entspricht den Erfahrungswerten, wie sie von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden sind (vgl. E. 4.2).

4.7 Soweit der Beschwerdeführer einwendet, der kreisärztliche Bericht von Dr. H.____ genüge den bundesgerichtlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht, kann ihm nicht gefolgt werden. Er argumentiert zu Unrecht, der Bericht von Dr. B.____ welcher eine traumatische Diskushernie bei fehlenden degenerativen Vorzuständen diagnostizierte, sei in der Beurteilung von Dr. H.____ fälschlicherweise nicht genügend gewürdigt worden. Dr. B.____ diagnostiziert in seinem Bericht vom 22. Dezember 2010 zwar eine traumatische Diskushernie. Zur Begründung dieser Diagnose führt er aus, dass im MRT kein degenerativer Vorzustand ersichtlich sei und die Symptomatik beim Versicherten mit dem Unfall eingesetzt habe. Diese Beurteilung steht jedoch im Wiederspruch zu den zeitnahen MRT-Bildern vom 26. August 2010. Diese zeigten bereits eine minimale Verschmälerung des Intervertebralraumes L4/5 sowie eine leichtgradige Verschmälerung L5/S1 mit Chondrose L4/5 und Osteochondrose L5/S1 und somit eine vorbestehende degenerative Veränderung. Die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer erst am 25. Oktober 2010 (eine Woche nach dem Unfall) in ärztliche Behandlung begab und gegenüber der SUVA angab die ausstrahlenden Beschwerden hätten erst zwei bis drei Tage nach dem Unfall eingesetzt, spricht zudem gegen ein sofortiges Einsetzen der Symptomatik nach dem Unfall. Somit stützte sich der kreisärztliche Bericht von Dr. H.____ zu Recht nicht auf den fraglichen Bericht von Dr. B.____ ab. Die Leistungseinstellung der SUVA per 28. Februar 2013 ist demnach nicht zu beanstanden.

5.1 In Bezug auf die Fussverletzung stellt sich die medizinische Aktenlage wie folgt dar:

5.2 Der Beschwerdeführer hat sich gemäss dem Bericht von Dr. D.____ vom 27. Juni 2008, am 8. Mai 2008 bei der Gartenarbeit ein Supinationstrauma mit fibulotalarer Bandläsion nach Weber-A-Fraktur am linken OSG zugezogen. Am 6. Februar 2009 unterzog er sich sodann einer fibulotalaren Bandplastik. Da der Beschwerdeführer postoperativ weiter über Beschwerden klagte, wurde am 1. September 2009 eine weitere MRI-Untersuchung durchgeführt. Gemäss dem entsprechenden Bericht vom 2. September 2009 sei dieser Abklärung eine zweitgradige Tendinopathie der Sehne des Musculus peroneus longus retro-/inframallelolär, eine kurzstreckige erstgradige Tendinopathie der Sehne des Musculus peroneus brevis retromallelolär, ein leichtes Stressödem des Talus basal sowie ein Zustand nach talofibularer Aussenbandplastik mit fokalen narbigen Residuen zu entnehmen. Am 25. September berichtet Dr. D.____, der Patient klage trotz nicht geschwollenem, nicht überwärmtem und stabilem OSG weiterhin

über Beschwerden. In der Folge wurde beim Versicherten am 8. März 2010 eine ambulante Arthroskopie des rechten OSG durchgeführt, bei welcher ein Corpus liberum unterhalb des medialen Malleolus entfernt wurde. In den folgenden ärztlichen Zwischenberichten vom 31. Mai 2010 bzw. 28. Juli 2010 attestierte Dr. I.____ dem Beschwerdeführer jeweils eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Über den aktuellen Zustand berichtete Dr. I.____ zudem, dass das OSG stabil sei und sich der Beschwerdeführer subjektiv besser, wenn auch noch nicht ganz beschwerdefrei fühle. In einer kreisärztlichen Notiz vom 13. Februar 2013 bejahte der Kreisarzt Dr. med. J.____ aufgrund der Aktenlage ohne weitere Begründung eine volle Arbeitsfähigkeit.

5.3 Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung per 28. Februar 2013 damit, dass in Bezug auf die Fussverletzung seit Mitte 2010 keine Arztbesuche oder medizinische Untersuchungen mehr nachgewiesen wurden. Zudem seien seither auch seitens des Versicherten keine Beschwerden mehr geltend gemacht worden, weshalb davon ausgegangen werden könne, dass hinsichtlich der Fussverletzung keine unfallbedingten Folgen mehr vorliegen würden. Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Leistungen zu Unrecht eingestellt. Aufgrund der Rückenbeschwerden, welche auch ins linke Bein ausstrahlen würden und seit dem zweiten Unfall im Vordergrund gestanden hätten, sei es für den Beschwerdeführer nur sehr schwer abzuschätzen, ob in Bezug auf das Sprunggelenk noch Unfallfolgen bestünden. Da er sich seit dem zweiten Unfall zudem durchgehend in medizinischer Behandlung befunden habe, sei er davon ausgegangen, dass die behandelnden Ärzte die Fussverletzung mitberücksichtigt hätten. Aufgrund der dünnen Aktenlage liesse sich nicht beweisen, dass keine Unfallfolgen mehr vorliegen, so dass die Beschwerdegegnerin keine Grundlage für die Leistungseinstellung habe.

5.4 Zu prüfen ist, ob die SUVA den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat.

5.5 Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf und zählt zu den in Art. 95 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 erwähnten bundesrechtlichen Vorschriften (UELI KIESER, Auswirkungen des Bundesgesetzes über das Bundesgericht auf die Sozialversicherungsrechtspflege, in: Bernhard Ehrenzeller/Rainer J. Schweizer [Hrsg.], Die Reorganisation der Bundesrechtspflege – Neuerungen und Auswirkungen in der Praxis, St. Gallen 2006, S. 460 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2008, 9C_456/2007, E. 2.2). Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 4 S. 28; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162, je mit Hinweisen). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von

zusätzlichen Abklärungen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts vom 25. Februar 2008, 8C_323/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C_364/2007, E. 3.2 mit Hinweis).

5.6 Die letzte ärztliche Untersuchung welche sich mit der Fussverletzung auseinandersetzte fand am 28. Juli 2010, und somit zweieinhalb Jahre vor der Beurteilung der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin statt. Damals wurde dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 75% attestiert. Eine weitere Kontrolle, welche Ende September 2010 vorgesehen war, wurde vom Versicherten nicht wahrgenommen. Die kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. J.____ vom 13. Februar 2013, erfolgte schliesslich ebenfalls ohne Untersuchung des Versicherten. Somit ist dem Beschwerdeführer in soweit Recht zu geben, dass die medizinische Aktenlage zum Status des Sprunggelenks nicht besonders umfangreich ist. Dagegen kann jedoch festgestellt werden, dass ein Taggeldanspruch bereits mit der im letzten Bericht vom 28. Juli 2010 attestierten 75%igen Arbeitsfähigkeit, entfallen würde (vgl. Art. 25 Abs. 3 UVV). Der Beschwerdeführer klagte seit Juli 2010 nicht mehr über Beschwerden im Sprunggelenk. Er machte vielmehr ein gelegentliches Kribbeln im Bein und vom Rücken in das Bein ausstrahlende Schmerzen geltend. Diese ausstrahlenden Beschwerden, welche im Zusammenhang mit der Diskushernie stehen, werden dann auch als Beschwerden in den medizinischen Berichten erwähnt. Hinweise auf konkrete Beschwerden am Sprunggelenk oder eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des linken Fusses sind den medizinischen Berichten seit 2010 dagegen nicht zu entnehmen. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich den behandelnden Ärzten nie über Beschwerden im linken Fuss geklagt hat, da diese Beschwerden andernfalls in den fachärztlichen Berichten erwähnt worden wären. Des Weiteren liegen auch keine neuen ärztlichen Atteste vor, welche diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würden. Nach dem Gesagten, das heisst bei Fehlen konkreter Hinweise auf andauernde Beschwerden am Sprunggelenk, und einer fehlenden ärztlichen Untersuchung seit mehr als zweieinhalb Jahren, hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die kreisärztlichen Einschätzungen vom 7. Februar 2013 bzw. 13. Februar 2013 abgestützt, wonach bezüglich des Unfalls vom 8. Mai 2008 weder ein Integritätsschaden noch eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aufgrund der klaren Sachlage ist dem Untersuchungsgrundsatz vorliegend genüge getan. Es kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen abgesehen werden (BGE 136 I 236 E. 5.3, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der angefochtenen Verfügung nur unvollständig abgeklärt, erweist sich daher als unbegründet.

6. Zusammenfassend erweist es sich somit im Hinblick auf beide Unfallereignisse als rechtens, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, dem Versicherten über den 28. Februar 2013 hinaus Leistungen aus der Unfallversicherung auszurichten. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 3. März 2014 erhobene Beschwerde ist demnach als unbegründet abzuweisen.

7. 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 **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Gegen diesen Entscheid wurde von A.____ am 15. Oktober 2014 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_757/2014) erhoben.

http://www.bl.ch/kantonsgericht