



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 5. September 2013 (725 13 77 / 214)

Unfallversicherung

**Einstellung der Leistungen wegen Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs /
Würdigung fachärztlicher Gutachten / Abstellen auf medizinische Erfahrungstatsachen**

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter
Michael Guex, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advoka-
tatin, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, Postfach,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1971 geborene A._____ ist seit 1. August 2006 als Tagesmutter beim Verein B._____ angestellt und durch den Arbeitgeber bei der SWICA Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 8. August 2009 erlitt A._____ in einem Hallenbad einen Unfall. Bei einem Sprung ins Wasser schlug sie auf den vorderen Teil eines im Wasser liegenden Hartgummiringes auf, wodurch der Ring hoch klappte und mit voller Wucht gegen ihre Stirn schlug, was wiederum zur Folge hatte, dass der Kopf schnell nach hin-

ten gedrückt wurde. Nach dem Ereignis klagte A.____ über starke Schmerzen und über unmittelbar aufgetretene Gefühlsstörungen in beiden Armen. Sie begab sich deshalb umgehend ins Spital C.____, wo ein CT der Halswirbelsäule angefertigt wurde. Darauf waren keine Blutungen oder ossäre Läsionen sichtbar, es wurde aber die Diagnose eines Bandscheibenvorfalls am 5. Halswirbelkörper linksseitig nach Hyperextensionstrauma diagnostiziert. Nach Eingang der Unfallmeldung erbrachte die SWICA Versicherungen AG die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Unfalls.

Da im Verlauf der Heilbehandlung die Beschwerden der Versicherten persistierten, holte die SWICA Versicherungen AG zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhaltes bei Dr. med. D.____, Neurochirurgie FMH, und bei Dr. med. E.____, Neurologie FMH, gutachterliche Beurteilungen ein. Schliesslich erliess die SWICA Versicherungen AG am 6. November 2012 eine Verfügung, mit der sie ihre Leistungen rückwirkend per 8. August 2010 einstellte. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, es sei davon auszugehen, dass der Unfall vom 8. August 2009 lediglich einen degenerativen Vorzustand an der Halswirbelsäule verschlimmert habe. Der Status quo ante bzw. der Status quo sine sei spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis wieder erreicht gewesen, so dass auf diesen Zeitpunkt hin auch die natürliche Kausalität weggefallen sei. Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die SWICA Versicherungen AG mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2013 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 20. März 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch die Anordnung eines Obergutachtens durch das Gericht abzuklären; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, vorliegend handle es sich nicht um einen "Regelfall", bei dem eine traumatische Verschlimmerung eines stummen Vorzustandes spätestens nach einem Jahr abgeschlossen gewesen sei. Vielmehr würden sowohl Dr. D.____ als auch Dr. E.____ übereinstimmend davon ausgehen, dass das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Veränderung geführt habe und dass ohne den Unfall heute keine ähnliche Symptomatik bestehen würde. Durch den Unfall sei es zu einer Instabilität der vorgeschädigten Segmente C5/6 bzw. C6/7 gekommen, was bildgebend nachweisbar sei. Der Status quo ante bzw. der Status quo sine sei bis heute nicht eingetreten. Gemäss Einschätzung von Dr. D.____ sei ein solcher erst ein bis zwei Monate nach einer operativen Sanierung zu erreichen. Laut Dr. E.____ lasse sich der Status quo sine überhaupt nie mehr erreichen. Insgesamt könne die SWICA damit den Wegfall der natürlichen Kausalität bzw. den Eintritt des Status quo ante bzw. des Status quo sine nicht nachweisen, so dass sie weiterhin die gesetzlichen Leistungen erbringen müsse.

C. Mit Eingabe vom 11. April 2013 beantragte die SWICA Versicherungen AG, das Beschwerdeverfahren sei zwecks Einholung eines Obergutachtens zu sistieren. Nachdem sich die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 15. Mai 2013 mit einer Verfahrenssistierung nicht einverstanden erklärt hatte, lehnte das Kantonsgericht mit Verfügung vom 23. Mai 2013 das Sistierungsgesuch der Beschwerdegegnerin ab.

D. In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2013 beantragte die SWICA Versicherungen AG die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in F.____, 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 der Versicherten vom 20. März 2013 ist demnach einzutreten.

2. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdeführerin über den 8. August 2010 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integri-

tätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des 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 vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Ent-

scheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil P. des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

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

Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil B. des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

5. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammen-

hänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

6.1 Die Beschwerdegegnerin gab im Hinblick auf die Beurteilung der strittigen Frage, ob die persistierenden Beschwerden der Versicherten in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 8. August 2009 stehen, zwei fachärztliche Gutachten in Auftrag.

6.2.1 In seinem neurochirurgischen Gutachten vom 30. März 2010 hält Dr. D.____ bei der Versicherten als Diagnosen eine Verletzung nach Sprung ins Wasser, einen Status nach Hyperextensionstrauma mit Instabilität der HWS sowie eine Diskusprotrusion C5/6 mit wechselnden neurologischen Begleiterscheinungen fest. Bildgebend seien degenerative Veränderungen im mittleren Bereich der HWS sowie eine Diskusprotrusion auf der Höhe C5/6 nachgewiesen. Es sei anzunehmen, dass die Hyperextension des Kopfes beim Sprung ins Wasser zu einer Verminderung der Stabilität des vorgeschädigten Segmentes C5/6 geführt habe. Aufgrund der radiologischen Befunde liege der Verdacht nahe, dass eine Instabilität auf der Höhe C5/6 bei vorbestandener Diskushernie vorliege. Dadurch komme es wahrscheinlich bei gewissen Bewegungen zu akuter Irritation von Mark und Wurzeln, welche die von der Versicherten geklagten Beschwerden verursachen würden. Diese Diagnose sei aber noch nicht vollständig gesichert. Falls sie sich aber bewahrheiten würde, wäre eine operative Stabilisation des betreffenden Segments kaum zu umgehen. Im Falle einer operativen Stabilisierung wäre der Status quo sine zwei Monate nach einem erfolgreichen Eingriff erreicht. Was die Frage der Kausalität angehe, so sei der Unfall vordergründige Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Überwiegend wahrscheinlich habe der Unfall die vorbestandene asymptomatische Gesundheitsstörung in einen schmerzhaften Zustand versetzt. Ohne den Unfall wäre die neuroradiologisch nachgewiesene Diskushernie C5/6 heute wahrscheinlich noch symptomlos. Es sei möglich, dass sie sich ohne den Unfall zu einem späteren Zeitpunkt klinisch manifestiert hätte, mit grosser Wahrscheinlichkeit aber kaum in derselben Art und Weise, wie sich die heutige Symptomatologie bemerkbar mache.

6.2.2 Im neurologischen Gutachten vom 16. Dezember 2011 diagnostiziert Dr. E.____ ein zumindest mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom, eine leichte Ataxie der rechten Hand mit Beeinträchtigung der Graphomotorik sowie leichter Stand- und Gangataxie, einen Tinnitus links, cervicocephale Beschwerden mit cervicogen getriggerten Kopfschmerzen und eine Cervicobrachialgie rechts. Die aktuelle Bildgebung zeige die bekannten Diskushernien, die Hernie C5/6 habe sich nun rechts lateral bis ins Neuroforamen ausgedehnt, die Etage C6/7 imponiere leicht grössenprogredient, Auf beiden Niveaus sei der zentrale Spinalkanal mittelgradig eingeeengt. Es fänden sich keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation. Die Versicherte berichte sachlich und ohne zu übertreiben. Die Untersuchungsbefunde seien konsistent. Zusammenfassend sei bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen mit Diskushernien auf den Etagen C5/C6 und C6/C7 davon auszugehen, dass der Unfall mit forcierter Reklination des Kopfes zu einer Gefügelockerung und Instabilität auf der Höhe C5/6 geführt habe mit einer Myelopathie direkt nach dem Unfall, welche glücklicherweise abgeklungen sei. Bei auch heute noch anzunehmender leichter Instabilität sei es seit dem Unfall nach ausgeprägter Reklination zweimalig

zu einer Reizung des Myeloms und der Nervenwurzeln gekommen. Es sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Veränderung des Vorzustandes geführt habe. Es sei als unwahrscheinlich anzusehen, dass ohne den Unfall heute eine ähnliche Symptomatologie bestehen würde. Ein Status quo sine sei nicht mehr zu erreichen. Es sei eine operative Dekompression und Stabilisierung insbesondere zur Verhinderung weiterer schwerwiegender Ausfälle auf beiden Etagen zu empfehlen. Inwiefern dieser Eingriff zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führe, könne erst sechs Monate nach der Operation beurteilt werden. Aktuell sei der Explorandin die gegenwärtige Tätigkeit als Tagesmutter nicht mehr möglich, sofern sie Kleinkinder bis drei Jahre mit der Notwendigkeit, diese hochzuheben, mitbetreuen müsse. Zur Betreuung von Kindern ab drei Jahren sei sie als Tagesmutter aber zu 100 % arbeitsfähig. Ihren ursprünglichen Beruf als zahnmedizinische Assistentin könne sie wegen der erforderlichen Kopfzwangshaltungen nicht mehr ausüben. Eine Bürotätigkeit mit möglichst wechselbelastender Tätigkeit und höchstens 40 % Computeranteil sei ihr vollschichtig zumutbar.

7.1 Während die Beschwerdegegnerin unter Berufung auf die weiter oben (vgl. E. 4.3 hier vor) geschilderten medizinischen Erfahrungstatsachen, die laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien zu beachten sind, davon ausgeht, dass die natürliche Kausalität der persistierenden Beschwerden inzwischen weggefallen und der Status quo ante bzw. der Status quo sine eingetreten sei, vertritt die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse der beiden Gutachten der Dres. D.____ und E.____ die Auffassung, dass hier eben kein solcher "Regelfall" vorliege. Es müsse vielmehr davon ausgegangen werden, dass in ihrem Fall der Status quo ante bzw. der Status quo sine bis heute noch nicht erreicht sei.

7.2 Wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht, bestätigen die Dres. D.____ und E.____ in ihren jeweiligen fachärztlichen Gutachten, dass der Unfall der Versicherten eine richtunggebende Veränderung eines Vorzustandes bewirkt habe. Laut Dr. D.____ habe das Unfallereignis zu einer Verminderung der Stabilität des vorgeschädigten Segmentes C5/6 geführt. Für diese Annahme würden auch die funktionellen Röntgenbilder vom 16. März 2010 sprechen. Im Weiteren gehen beide Gutachter davon aus, dass der Status quo ante oder der Status quo sine ohne operative Intervention nicht mehr erreichbar sei, und sie bezeichnen es beide als unwahrscheinlich, dass ohne den Unfall heute eine ähnliche Symptomatologie bestehen würde. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der anhaltenden Symptomatik und dem Unfall wird demnach im Ergebnis von beiden Gutachtern klar bejaht.

7.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat die Beschwerdegegnerin die geschilderten, von den Gutachtern erhobenen Befunde (insbesondere die Instabilität im Segment C5/6) und deren schlüssige Feststellungen zur Unfallkausalität weitgehend ausser Acht gelassen. Stattdessen hat sie sich bei der strittigen Leistungseinstellung praktisch ausschliesslich auf die medizinische Erfahrungstatsache berufen, wonach eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten sei. Indem sie sich im Rahmen der Beweiswürdigung auf diese medizinische Erfahrungstatsache beschränkt und gleichzeitig die medizinischen Besonderheiten des vorliegenden (Einzel-) Falles

ausser Acht gelassen hat, hat die Beschwerdegegnerin aber, wie die Versicherte zu Recht beanstandet, eine unvollständige und im Ergebnis (rechts-) fehlerhafte Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes vorgenommen. Dazu kommt, dass es ohnehin fraglich ist, ob der von der Beschwerdegegnerin angerufene medizinische Erfahrungssatz überhaupt auf den vorliegenden Fall angewendet werden könnte, liegt hier doch eine atypische Konstellation vor, die sich von einem "üblichen Diskushernienfall" massgeblich unterscheidet. Die aktuelle Symptomatik besteht nämlich nicht in einer radikulären Reizsymptomatik, sondern in einer weitgehend asymptomatischen Instabilität, die bei falschen Bewegungen Schmerzen und neurologische Ausfälle provozieren kann. Auf die aufgeworfene Frage muss nun allerdings nicht weiter eingegangen werden, ist doch aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen so oder so mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der bei der Versicherten nach wie vor vorhandenen Symptomatik und dem Unfallereignis vom 8. August 2009 - entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin - weiterhin gegeben ist.

8. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass auf die vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhaltes nicht abgestellt werden kann. Gestützt auf die im Wesentlichen übereinstimmenden Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. D._____ und E._____ gelangt sind, ist vielmehr festzuhalten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der bei der Versicherten nach wie vor vorhandenen Symptomatik und dem Unfallereignis vom 8. August 2009 weiterhin zu bejahen ist. In Gutheissung der Beschwerde ist demnach der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2013 aufzuheben; gleichzeitig ist diese zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 8. August 2010 hinaus die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 8. August 2009 zu erbringen.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 16. Juli 2013 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11,25 Stunden sowie Auslagen von Fr. 67.-- geltend gemacht. Die detaillierte Abrechnung beinhaltet nun allerdings auch Bemühungen von 15 Minuten und Auslagen von Fr. 10.50, die im Zusammenhang mit zwei Schreiben der Rechtsvertreterin an die Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin angefallen sind. Für diese Bemühungen und Auslagen hat nicht die unterliegende Beschwerdegegnerin - im Rahmen der von ihr zu leistenden Parteientschädigung - aufzukommen. Dies bedeutet, dass vorlegend lediglich ein Aufwand von 11 Stunden, der sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist, sowie Auslagen von Fr. 56.50 entschädigt werden können. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Demnach ist der Beschwerdeführerin eine Parteient-

schädigung in der Höhe von Fr. 3'031.-- (11 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 56.50 + 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SWICA Versicherungen AG vom 15. Februar 2013 aufgehoben und diese verpflichtet, der Beschwerdeführerin über den 8. August 2010 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die SWICA Versicherungen AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'031.-- (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdegegnerin am 22. November 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [8C 843/2013](#)) erhoben.

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