



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. Juni 2013 (725 13 52 / 136)

Unfallversicherung

Kausalitätsbeurteilung im Zusammenhang mit einem Rückfall

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer

gegen

Helsana Unfall AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1960 geborene A.____ hatte am 15. Juni 1991 als Beifahrer bei einem Autounfall ein Schleudertrauma erlitten. Zu jenem Zeitpunkt war A.____ durch seine Arbeitgeberin bei der Patria Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft (Patria) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Nachdem sie nach Eingang der Unfallmeldung ihre gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) für die Folgen dieses Ereignisses erbracht hatte, schloss die Patria im Herbst 1993 den Fall formlos ab.

Am 2. April 2012 liess A.____ der Helsana Unfall AG, welche die Kunden der Patria zwischenzeitlich übernommen hat, einen ausgefüllten "Fragebogen für Rückfälle" zukommen. Mit dessen Einreichung ersuchte er die Helsana Unfall AG um erneute Ausrichtung von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juni 1991. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen lehnte die Helsana Unfall AG mit Verfügung vom 11. Oktober 2012 eine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall mit der Begründung ab, dass dieser nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 15. Juni 1991 stehe. Daran hielt die Helsana Unfall AG auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 22. Januar 2013 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____ am 19. Februar 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er sinngemäss, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Helsana Unfall AG sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juni 1991 auszurichten.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. März 2013 beantragte die Helsana Unfall AG, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei.

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 B.____, 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. In ihrer Vernehmlassung vom 14. März 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Sie unterlässt es allerdings darzulegen, weshalb und inwiefern vorliegend ein Nichteintreten auf das Rechtsmittel angezeigt sein sollte. Da sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für ein (teilweises) Nichteintreten auf die Beschwerde ergeben, ist auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 19. Februar 2013 vorbehaltlos einzutreten.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfäll-

len, 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.

2.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3. Wie eingangs erwähnt, hat der Beschwerdeführer am 15. Juni 1991 bei einem Autounfall ein Schleudertrauma erlitten. Nach Eingang der Unfallmeldung hat die Beschwerdegegnerin ihre gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) für die Folgen dieses Ereignisses erbracht. Im Herbst 1993 hat die Beschwerdegegnerin den Fall formlos abgeschlossen. Der Versicherte moniert in seiner Beschwerde, dass die heutigen Angaben der Beschwerdegegnerin zur damaligen Dauer der Leistungspflicht und zum Zeitpunkt des Fallabschlusses teilweise ungenau und widersprüchlich seien. Dies trifft zwar auf einzelne im Einspracheentscheid wiedergegebene Daten zu, dies ist jedoch für den Ausgang des heutigen Verfahrens ohne Relevanz, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. Wesentlich ist, dass der damalige Fall vor langer Zeit - nämlich in der ersten Hälfte der 1990-er Jahre - abgeschlossen worden ist und dass die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Versicherten von anfangs April 2012 korrekterweise als Rückfallmeldung zum Unfallereignis vom 15. Juni 1991 betrachtet und unter diesem Aspekt geprüft und beurteilt hat. Soweit der Versicherte in seiner Beschwerde zusätzlich auch die Rechtmässigkeit des damaligen formlosen Fallabschlusses in Frage stellt, kann er für das vorliegende Verfahren ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Das Bundesgericht hat zwar im Entscheid 132 V 412 ff. festgehalten, dass der Unfallversicherer, welcher die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ohne Zuspreehung von Dauerleistungen (Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung) beabsichtigt, den damit einhergehenden Fallabschluss nicht im formlosen Verfahren (Art. 51 Abs. 1 ATSG) behandeln darf, sondern vielmehr verpflichtet ist, einen solchen Fallabschluss formell zu verfügen. Falls der Versicherer jedoch die (ganze oder teilweise) Verweigerung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt hat und die betroffene Person damit nicht einverstanden ist, hat sie dies grundsätzlich innerhalb eines Jahres zu erklären.

Diesfalls hat der Versicherer eine Verfügung zu erlassen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145). Vorliegend hat es der Versicherte unterlassen, innerhalb eines Jahres gegen den zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos erfolgten Fallabschluss zu opponieren. Somit hat dieser nach dem Gesagten damals Rechtswirksamkeit erlangt.

4. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang des vom Versicherten am 2. April 2012 ausgefüllten "Fragebogens für Rückfälle" zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. Juni 1991 abgelehnt hat.

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 2.2 hiavor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem *neuen* Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV

1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil G. des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

5. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie insbesondere 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 Zusammenhänge 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 holte zur Beurteilung der Unfallkausalität der vom Versicherten als Rückfall gemeldeten Beschwerden eine Stellungnahme bei Dr. med. C.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, ein. In seinem Bericht vom 18. September 2012 bzw. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Dezember 2012 bezeichnet der genannte Facharzt einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den aktuell geklagten Beschwerden als „höchstens möglich“. 1991 sei zwar eine Fraktur im ventralen Anteil des Foramen processus traversi 6 radiologisch beschrieben worden, gemäss Bericht des Kantonsspitals D.____ vom 26. Juli 1991 sei diese Fraktur aber eher unwahrscheinlich durch das HWS-Trauma vom 15. Juni 1991 ausgelöst worden. Im Verlaufs-MRI vom 26. Januar 2010 würden im Segment C5/C6 degenerative Veränderungen beschrieben, ohne Hinweise für die früher erwähnte Fraktur resp. deren pathologische Abheilung und ohne traumatisch bedingte strukturelle Veränderungen.

6.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes auf die Ergebnisse, zu denen Dr. C.____ in seinem Bericht vom 18. September/12. Dezember 2012 gelangt ist. Sie ging demzufolge davon aus, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 15. Juni 1991 und den vom Versicherten als Rückfall geltend gemachten Beschwerden „höchstens möglich“ und somit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines

beratenden Arztes des Versicherungsträgers nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. Jaques zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich dessen Bericht hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzt und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung vornimmt.

6.3 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage. Der Beschwerdeführer beruft sich im Wesentlichen auf eine Stellungnahme seines behandelnden Arztes Dr. med. E.____, Rheumatologie/Innere Medizin FMH, vom 1. Juni 2012. Dieser hält darin als Diagnosen einen Status nach posttraumatischer Osteochondrose C5/6 und Dens-Fraktur C2 (MRI) 1991 und - aktuell - eine Folgeschädigung mit C4-Wurzelkompression rechts foraminal fest. Im Zusammenhang mit der Kausalitätsproblematik weist er darauf hin, dass es vom Schmerzverlauf her „durchaus denkbar“ sei, dass eine derartige Folgeläsion entstanden sei. Der Patient habe seit dem Unfallereignis immer ein Heimprogramm durchgeführt, er habe Alexander-Technik angewandt und er sei regelmässig physiotherapeutisch behandelt worden. Aus biophysikalischer Sicht sei eine Folgeläsion einer degenerativen Anterolisthesis auf Höhe C3/4 als Folge einer zunehmenden Einsteifung der unteren HWS posttraumatisch und einer gleichzeitigen Störung der oberen HWS nach dortiger Frakturierung „sehr wohl denkbar“. Die Unfallkausalität sei deshalb aus seiner Sicht „nachvollziehbar“.

6.4 Hält man sich die von Dr. E.____ verwendeten Formulierungen vor Augen, wonach ein allfälliger Zusammenhang „durchaus denkbar“ bzw. „sehr wohl denkbar“ und die Unfallkausalität „nachvollziehbar“ sei, und berücksichtigt man überdies die ausserordentlich lange Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem Auftreten der heutigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so genügt der Bericht von Dr. E.____ vom 1. Juni 2012 zweifellos nicht, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem aktuellen Beschwerdebild und dem Unfallereignis vom 15. Juni 1991 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Zudem beruht die Einschätzung von Dr. E.____ wesentlich auf der Annahme, dass „das Trauma von damals eine höhere Intensität gehabt haben muss.“ Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung zutreffend ausführt, ist dies jedoch mit dem vom Versicherten geschilderten damaligen Unfallhergang (der Versicherte sei Beifahrer in einem Auto gewesen, welches mit einer Geschwindigkeit von 30-40 km/h unterwegs gewesen sei, als der Lenker plötzlich habe abbremsen müssen; dabei hätten sich sein Oberkörper und sein Kopf leicht nach vorne und wieder nach hinten beschleunigt; den Kopf habe er nirgends angeschlagen) nicht vereinbar. Dadurch wird die beweisrechtliche Verwertbarkeit der Ausführungen des behandelnden Arztes weiter geschmälert. Alles in allem ist der Bericht von Dr. E.____ deshalb nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft der Beurteilung von Dr. C.____ und die von der Beschwerdegegnerin daraus gezogenen Schlüsse in Frage zu stellen.

7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die am 2. April 2012 erfolgte Rückfallmeldung des Versicherten zu Recht eine Leistungspflicht

aus der obligatorischen Unfallversicherung verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Januar 2013 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

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

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