Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Dezember 2012 (725 12 142 / 319)

Unfallversicherung

Natürliche Kausalität bei Diskushernien / nachträgliche Verneinung der Leistungspflicht

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch André M. Brunner, Advokat, Hauptstrasse 55, Postfach 136, 4450 Sissach gegen **SUVA**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1973 geborene A.____ ist seit 1. Februar 2001 als Chemielaborantin bei der B.____ AG tätig und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 13. Juli 2001 erlitt A.____ im Treppenhaus ihrer Arbeitgeberin einen Unfall, indem sie auf einer nassen Treppe ausrutschte und nach hinten auf den Rücken stürzte. Gemäss seinen Angaben im "Arztzeugnis UVG" diagnostizierte der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, bei der Versicherten Kontusionen des Steissbeins, an beiden Glutaei sowie im Be-

reich der linken Rückenmuskulatur und der linken Scapula; eine radiologische Abklärung erfolgte nicht. A.____ war nach dem Sturz während einer Woche vollständig arbeitsunfähig geschrieben; am 21. Juli 2001 nahm sie ihre Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums wieder auf. Der Behandlungsabschluss beim Hausarzt erfolgte am 11. September 2001. Die SUVA hatte nach Eingang der durch die Arbeitgeberin erstatteten Unfallmeldung für diesen Unfall die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) erbracht.

Am 26. Januar 2004 liess die Versicherte der SUVA durch ihre Arbeitgeberin einen Rückfall melden. Zur Begründung gab sie an, neue Schmerzen im Bereich des Ischiasnervs würden eine erneute ärztliche Behandlung erforderlich machen. A.____ unterzog sich in der Folge verschiedenen fachärztlichen Abklärungen und therapeutischen Massnahmen. Eine Arbeitsunfähigkeit hatten die im Rahmen dieses Rückfalls geklagten Beschwerden nicht zur Folge. Am 31. Oktober 2006 liess die Versicherte der SUVA einen weiteren Rückfall melden, wobei sie zur Begründung auf persistierende lumbale Beschwerden verwies. Es erfolgten wiederum verschiedene fachärztliche Abklärungen und Behandlungen. Am 25. Oktober 2007 musste sich A.____ einer Diskushernienoperation L5/S1 links mit mikrochirurgischer Dekompression und Neurolyse, Foraminotomie S1 links und Diskektomie L5/S1 links unterziehen. Zudem wurden im September 2008 eine transforaminale Infiltration L5/S1 links, im Dezember 2008 eine interlaminäre epidurale lumbale Infiltration auf Niveau L5/S1 und im Februar 2009 eine transforaminale Blockade der Wurzel S1 links vorgenommen. Alle diese Behandlungen führten jeweils nur zu einer vorübergehenden Verbesserung des Beschwerdebildes, nicht jedoch zu einer anhaltenden Beschwerdefreiheit. Die SUVA hatte im Anschluss an beide Rückfallmeldungen die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und - im Rahmen des zweiten Rückfalls - auch von Taggeldern erbracht.

Mit Verfügung vom 12. Januar 2011 eröffnete die SUVA A.____, dass sie die Versicherungsleistungen per 1. Februar 2011 einstellen werde. Zur Begründung machte sie geltend, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass die zur Zeit noch bestehenden Rückenbeschwerden nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 13. Juli 2001 stünden. Nachdem A.____ gegen diese Verfügung Einsprache erhoben hatte, teilte die SUVA der Versicherten am 13. Mai 2011 mit, dass sie eine erneute Prüfung der Aktenlage vorgenommen habe. Gestützt auf deren Ergebnis ziehe sie die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2011 vorbehaltlos zurück und sie betrachte das Einspracheverfahren somit als formlos abgeschlossen. Sie beabsichtige, die Versicherte zu einer abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung aufzubieten, um allfällige weitere Leistungsansprüche zu prüfen.

Gestützt auf die Ergebnisse einer von ihr in der Folge bei Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin, in Auftrag gegebenen Untersuchung erliess die SUVA am 14. Juli 2011 eine neue Verfügung. Darin wies sie einerseits einen Anspruch von A.____ auf eine Integritätsentschädigung ab; anderseits teilte sie der Versicherten mit, dass man, nachdem keine ärztliche Behandlung mehr stattfinde, „das Dossier abschliesse." Gegen diese Verfügung erhob A.____ Einsprache bei der SUVA mit den Begehren, es sei die Verfügung aufzuheben und es seien ihr nach Vornahme der notwendigen Abklärungen auch für die

Zeit ab 1. Januar 2011 (recte wohl: 1. Februar 2011) „die gesetzlichen Leistungen auszurichten (insbesondere Rente, Integritätsentschädigung, Heilungskosten und Fahrtkosten zum Arzt und zur Therapie).“ In ihrem Einspracheentscheid vom 21. März 2012 hielt die SUVA in formeller Hinsicht fest, dass die Frage der Ausrichtung einer Invalidenrente „nicht direkt“ Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2011 bilde. Aufgrund des engen Sachzusammenhangs und aus verfahrensökonomischen Gründen könne indes zur entsprechenden Frage „gleich im Einsprachverfahren Stellung genommen werden“, zumal in der Einsprache auch eine Invalidenrente beantragt werde. Im Rahmen ihrer materiellen Beurteilung der Einsprache gelangte die SUVA in der Folge zum Ergebnis, dass die Versicherte weder Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf eine Integritätsentschädigung habe. Sie wies deshalb die Einsprache „im Sinne der Erwägungen“ ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat André M. Brunner, am 7. Mai 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien ihr nach Vornahme der notwendigen Abklärungen auch für die Zeit ab 1. Januar 2011 (recte wohl: 1. Februar 2011) „die gesetzlichen Leistungen auszurichten (insbesondere Rente, Integritätsentschädigung, Heilungskosten und Fahrtkosten zum Arzt und zur Therapie)“; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. Juni 2012 vertrat die SUVA die Auffassung, dass sie ihre Leistungspflicht zu Recht mit Wirkung ex nunc et pro futuro per 1. Februar 2011 eingestellt habe. Sie beantragte deshalb, die Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Beschwerdeführerin mit Replik vom 13. August 2012 und die SUVA mit Duplik vom 13. September 2012 an ihren Anträgen und im Wesentlichen an ihren bisherigen Begründungen fest.

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 E.____, 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 7. Mai 2012 ist demnach einzutreten.

2. Anders noch als in der Verfügung vom 14. Juli 2011, in welcher sie lediglich einen allfälligen Anspruch der Versicherten auf eine Integritätsentschädigung einer näheren Prüfung unterzogen hatte, hat sich die SUVA im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. März 2012 auch mit den weiteren möglichen Leistungsansprüchen der Versicherten - insbesondere mit deren Anspruch auf eine Invalidenrente - auseinander gesetzt. Somit stehen auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren sämtliche über den Zeitpunkt des Fallabschlusses (1. Februar 2011) hinaus in Frage kommenden Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin aus der obligatorischen Unfallversicherung zur Beurteilung. Dies wird von beiden Verfahrensparteien - zu Recht - nicht in Frage gestellt.

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 Integritätsentschädigung. 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 entfiele (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 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 blosse 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. Entscheidend 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 besondern 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 Diskus-

hernie (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 sowie 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 Wie eingangs geschildert, war die Beschwerdeführerin am 13. Juli 2001 im Treppenhaus ihrer Arbeitgeberin auf einer nassen Treppe ausgerutscht und nach hinten auf den Rücken gestürzt. Gemäss seinen Angaben im “Arztzeugnis UVG“ diagnostizierte der erstbehandelnde Arzt Dr. C.____ bei der Versicherten Kontusionen des Steissbeins, an beiden Glutaei sowie im Bereich der linken Rückenmuskulatur und der linken Scapula. Strukturelle Läsionen/Frakturen am Skelett - insbesondere an der Wirbelsäule - zog sich die Versicherte keine zu und sie litt im Anschluss an den Sturz an keinem vertebralen oder radikulären Syndrom. Die Beschwerdegegnerin hält deshalb in ihrer Vernehmlassung zutreffend fest, dass sich das Unfallereignis nicht durch eine besondere Schwere auszeichnete. Die initial geklagten Beschwerden waren nicht

besonders gravierend, sie boten denn auch keine Veranlassung für eine radiologische Abklärung. Zudem war die Versicherte bereits ab 21. Juli 2001 in ihrer Tätigkeit als Chemielaborantin wieder zu 100 % arbeitsfähig. Der Grundfall konnte denn auch am 11. September 2001 abgeschlossen werden.

6.2 Im Rahmen der nach den Rückfallmeldungen vom 26. Januar 2004 und 31. Oktober 2006 erfolgten Abklärungen diagnostizierte Dr. med. F.____, Radiologie FMH, Kantonsspital G.____, am 17. März 2005 mittels einer MRT der LWS auf Niveau L5/S1 eine konsekutive mediane Diskusprotrusion ohne Kontaktfläche zur vorderen Zirkumferenz des Duralsacks bei beidseitiger linksbetonter Spondylarthrose L5/S1. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt, handelt es sich bei diesem Befund nicht um eine Diskushernie. Eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 linksseitig mit Kompression der Nervenwurzel S1 im Abfaltungsbereich wurde erstmals im Bericht von Dr. med. H.____, Radiologie FMH, Kantonsspital G.____, vom 28. November 2006 mittels eines MRI der LWS diagnostiziert. Dieser Befund wurde in der Folge mittels einer am 19. Juni 2007 im Institut I.____ durchgeführten MRT der LWS bestätigt.

6.3 Hält man sich diesen medizinischen Sachverhalt vor Augen, so fällt das Unfallereignis vom 13. Juli 2001 als eigentliche Ursache für die im November 2006 erstmals bildgebend nachgewiesene Diskushernie L5/S1 klarerweise ausser Betracht. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), kann eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt 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. Diese Voraussetzungen waren vorliegend zweifellos nicht gegeben. Auf Grund der geschilderten Krankheitsentwicklung ist vielmehr davon auszugehen, dass es sich bei der hier zur Beurteilung stehenden Diskushernie um die Folge eines krankhaften Wirbelsäuleleidens und somit also um eine degenerative Krankheitsentwicklung und nicht um eine Unfallfolge handelte. Fehlte es aber an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 13. Juli 2001 und der im November 2006 diagnostizierten und im Oktober 2007 operativ behandelten Diskushernie, so hätte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin hierfür keine Versicherungsleistungen erbringen müssen. Diese Einschätzung deckt sich mit der nunmehr auch von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vertretenen Auffassung.

6.4 Was die Versicherte vorbringt, führt zu keiner abweichenden Beurteilung der Kausalitätsfrage. Die Beschwerdeführerin beruft sich unter anderem auf das “Arztzeugnis UVG“ vom 1. April 2004, in welchem Dr. med. J.____, Allgemeinmedizin FMH, die Unfallkausalität der als Rückfall geltend gemachten Rückenbeschwerden bejaht hat. Daraus kann die Versicherte jedoch nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die betreffende Beurteilung beruht, wie auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik zutreffend geltend macht, zum einen auf den subjektiven Angaben der Versicherten selber und zum andern auf der Vermutung, wonach Beschwerden unfallbedingt sein müssten, wenn sie sich nach dem Unfallereignis (erstmals) manifestiert haben. Dieses Argumentationsmuster basiert im Ergebnis auf der Beweisformel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine

solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber als unzureichend (vgl. etwa Urteil K. des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_88/2008, E. 4.1). Auf die Kausalitätsbeurteilung von Dr. J.____ kann deshalb nicht abgestellt werden. Das Gleiche gilt aus denselben Überlegungen auch für die von der Beschwerdeführerin angerufenen kreisärztlichen Einschätzungen. Kein ausschlaggebender Beweiswert kommt sodann - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - den Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Klinik K.____ vom 18. November 2009, 29. November 2010 und 3. März 2011 zu, in denen die Unfallkausalität des Rückenleidens jeweils bejaht wird. Diese Einschätzungen werden, wenn überhaupt, nur ausgesprochen rudimentär begründet und auch sie beruhen letztlich auf der unzulässigen Beweisregel “post hoc ergo propter hoc“.

6.5 Als nicht unfallkausal sind auch die Beschwerden im rechten Bein zu qualifizieren, welche die Versicherte erstmals im November 2009 verspürt hat und die ärztlicherseits im März 2010 erstmals diagnostiziert worden sind. Die SUVA legt in ihrer Vernehmlassung schlüssig dar, dass es sich bei diesen Beinbeschwerden um Folgeerscheinungen der Diskushernienoperation handelt, welcher sich die Versicherte am 25. Oktober 2007 unterzogen hatte. Der Eingriff habe auf Niveau L5/S1 zu einer Instabilität in der Wirbelsäule geführt, welche das mittels MRI vom 7. November 2008 nachgewiesene, leicht rechts akzentuierte Hernienrezidiv nach sich gezogen habe. Die Beinbeschwerden rechts wiederum seien auf dieses Hernienrezidiv zurückzuführen. Da es sich bei der operativ behandelten Diskushernie nach dem oben Gesagten nicht um eine Folge des Unfallereignisses vom 13. Juli 2001 handelt, ist aber - wie die SUVA zu Recht geltend macht - auch in Bezug auf die als Folgeerscheinungen dieses Eingriffs aufgetretenen Beinbeschwerden rechts jede Unfallkausalität zu verneinen.

7. Die Versicherte weist in ihren Eingaben mehrfach darauf hin, dass der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der mit den Rückfallmeldungen vom 26. Januar 2004 und 31. Oktober 2006 geltend gemachten Rückenbeschwerden jeweils anerkannt hat und die Beschwerdegegnerin der Versicherten in der Folge hierfür Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern ausgerichtet hat. Daraus kann die Versicherte im vorliegenden Beschwerdeverfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die durch die Ausrichtung von Taggeld und Heilbehandlung erfolgte (faktische) Anerkennung der Leistungspflicht bedeutet nicht etwa, dass der Unfallversicherer nachträglich nur unter den Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision auf sein frühere Kausalitätsbeurteilung bzw. auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen zurückkommen darf. Wie das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) in BGE 130 V 380 ff. entschieden hat, ist der Unfallversicherer befugt, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung für die Zukunft (ex nunc et pro futuro) ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen und den Fall abzuschliessen, wenn er nachträglich zur Auffassung gelangt, ein versichertes Ereignis liege - bei richtiger Betrachtungsweise - gar nicht vor. Eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro bedeutet nämlich - so das damalige EVG - kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen. Nur wenn der Unfallversicherer diese zurückfordert, muss er den hiefür erforderlichen Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber nicht so weit gehen, sondern die bis-

her zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche - wenn materiellrechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen - der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann (BGE 130 V 384 E. 2.3.1 mit weiteren Hinweisen). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist eine solche Einstellung von Taggeldern und Heilbehandlung mit Wirkung für die Zukunft unabhängig vom Vorliegen eines Rückkommenstitels nicht nur bei einer späteren Neubeurteilung des Unfalltatbestandes, sondern auch dann zulässig, wenn der Unfallversicherer- wie im hier zu beurteilenden Fall - nachträglich zur Überzeugung gelangt, dass es an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und fortdauernden Beschwerden fehlt (vgl. Urteil L. des Bundesgerichts vom 3. Januar 2007, U 377/05, E. 4). Die Leistungseinstellung, welche die Beschwerdegegnerin vorliegend ausdrücklich mit Wirkung ex nunc et pro futuro vorgenommen hat, ist somit auch unter diesem Aspekt nicht zu beanstanden.

8. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin einen Leistungsanspruch gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG geltend. Laut dieser Bestimmung erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden. Die Versicherte begründet ihren Anspruch mit dem Hinweis, dass die Diskushernienoperation vom 25. Oktober 2007 wegen der Unfallfolgen vorgenommen und durch die Beschwerdegegnerin bezahlt worden sei. Somit hafte diese für die infolge des Eingriffs entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Anwendung der genannten Bestimmung setzt nun allerdings - unter anderem - voraus, dass der zu (späteren) Komplikationen führende Eingriff zur Behandlung einer *unfallkausalen* Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt ist. Wie oben aufgezeigt, ist die bei der Versicherten operativ behandelte Diskushernie jedoch nicht auf das Unfallereignis vom 13. Juli 2001, sondern auf eine degenerative Krankheitsentwicklung zurückzuführen. Somit entfällt aber bereits aus diesem Grund eine Haftung der Beschwerdegegnerin für (allfällige) auf diesen operativen Eingriff zurückzuführende gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die Berufung der Beschwerdeführerin auf Art. 6 Abs. 3 UVG geht deshalb, wie auch die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht, fehl.

9. Zusammenfassend erweist es sich somit als rechtens, dass es die Beschwerdegegnerin abgelehnt hat, der Versicherten über den 31. Januar 2011 hinaus Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 21. März 2012 erhobene Beschwerde ist demnach als unbegründet abzuweisen.

10. 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.

http://www.bl.ch/kantonsgericht