Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Februar 2014 (725 13 327 / 46)

Unfallversicherung

Kausalitätsbeurteilung im Zusammenhang mit einem Rückfall

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Michael Guex, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, Beschwerdeführer
	gegen
	SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1963 geborene A.____ ist seit 1. Mai 1991 bei B.____ tätig und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 22. September 2010 liess A.____ der SUVA durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden, den er am 15. September 2010 erlitten hatte. Anlässlich der ärztlichen Erstbehandlung vom 17. September 2010 diagnostizierte Dr. med. C.____, Orthopädische Chirurgie FMH, eine Lumbalgie bei Status nach Verhebetrauma am 15. September 2010 (vgl. das "Arztzeugnis UVG" des genannten Arztes vom 12. November 2010). Nach Eingang der Unfallmeldung erbrachte die SUVA die gesetzlichen

Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) für die Folgen dieses Ereignisses. Nachdem der Versicherte ab 4. Oktober 2010 seine angestammte Tätigkeit wieder aufgenommen am 16. November 2010 auf Anfrage der SUVA unterschriftlich erklärt hatte, dass er wieder gesund sei und keine Beschwerden mehr habe, schloss die SUVA den Fall formlos ab.

Am 27. Februar 2013 liess A.____ der SUVA durch seine Arbeitgeberin einen Rückfall melden. Laut den Angaben des behandelnden Arztes Dr. C.____ im Formular "Arztzeugnis UVG für Rückfall" vom 25. Mai 2013 leide der Versicherte seit Anfang Oktober 2012 an einer Lumboischialgie links. Er sei deswegen seit 15. Oktober 2012 vollständig arbeitsunfähig. Nachdem die SUVA nach Eingang der Rückfallmeldung medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, lehnte sie gestützt auf deren Ergebnisse mit Verfügung vom 21. Juni 2013 eine Leistungspflicht mit der Begründung ab, dass die seit 16. Oktober 2012 im Bereich des Rückens erhobenen Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. September 2010 zurückzuführen seien. Daran hielt die SUVA auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2013 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____ am 11. November 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm „die gesetzlichen UVG-Leistungen für den 'Rückfall' (d.h. 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit) vom 16. Oktober 2012 zu erbringen."

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Dezember 2013 beantragte die SUVA die 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 D.____, 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 des Versicherten vom 11. November 2013 ist demnach 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 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.

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. September 2010 einen Unfall erlitten, für dessen Folgen die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Unfallmeldung ihre gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) erbracht hat. Nachdem der Versicherte ab 4. Oktober 2010 seine angestammte Tätigkeit wieder aufgenommen am 16. November 2010 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin unterschriftlich erklärt hatte, dass er wieder gesund sei und keine Beschwerden mehr habe, hat diese den damaligen (Grund-) Fall formlos abgeschlossen. Nach Eingang des neuen Leistungsbegehrens des Versicherten vom 27. Februar 2013 hat die Beschwerdegegnerin dieses als Rückfallmeldung zum Unfallereignis vom 15. September 2010 entgegengenommen und es unter diesem Aspekt geprüft und beurteilt. In der vorliegenden Beschwerde macht der Versicherte nun allerdings geltend, er sei seit dem Unfallereignis vom 15. September 2010 nie mehr beschwerdefrei gewesen und er stehe seither dauernd in ärztlicher Behandlung. Soweit der Beschwerdeführer mit diesem Einwand die Rechtmässigkeit des damaligen Abschlusses des Grundfalls in Frage stellen will, kann ihm nicht gefolgt werden. Seine heutige Darstellung widerspricht klar seinen echtzeitlichen Angaben im Fragebogen der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2010, in welchem er ausdrücklich erklärt und unterschriftlich bestätigt hatte, dass er wieder gesund sei und keine Beschwerden mehr habe. Die Beschwerdegegnerin erinnert in diesem Zusammenhang in ihrer Vernehmlassung vom 5. Dezember 2013 zu Recht an die Beweismaxime, wonach die “Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Solchen “Aussagen der ersten Stunde“ kommt daher meistens

grösseres Gewicht zu als späteren abweichenden Darstellungen (vgl. BGE 121 V 47 E. 2a mit Hinweisen). Auf diesen Grundsatz kann deshalb - darin ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten - auch im vorliegenden Fall verwiesen werden. Es sind jedenfalls keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb die ursprünglichen Angaben des Versicherten im Fragebogen der Beschwerdegegnerin vom 16. November 2010 nicht zutreffend gewesen sein sollten. Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Versicherte sodann aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin den Grundfall damals formlos abgeschlossen hat. Das Bundesgericht hat zwar im Entscheid 132 V 412 ff. festgehalten, dass der Unfallversicherer, welcher die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ohne Zusprechung 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. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Versicherten vom 27. Februar 2013 aber zu Recht als Rückfallmeldung behandelt.

4. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Rückfallmeldung des Versicherten vom 27. Februar 2013 zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 15. September 2010 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 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 Sozi-

alversicherungsrecht 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 hiervor), 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 Nachdem der Versicherte Mitte Oktober 2012 seine Arbeitstätigkeit wegen starker Rückenschmerzen nicht mehr hatte ausüben können, veranlasste der behandelnde Arzt Dr. C.____ bei Dr. med. E.____, Medizinische Radiologie FMH, eine triplanare MRI der LWS,

welche am 22. Oktober 2012 durchgeführt wurde. Diese ergab laut Bericht des genannten Radiologen vom 25. Oktober auf Höhe L2/3 eine fortgeschrittene Osteochondrose mit zirkumferenzieller Protrusion der Bandscheiben ohne Zeichen einer Neurokompression, auf Höhe L4/5 eine kleine foraminale und extraforaminale Discushernie links mit möglicher Reizung der L4-Wurzel links und schliesslich auf Höhe L5/S1 eine Osteochondrose mit zirkumferenzieller Protrusion der Bandscheibe mit discogener Einengung der Recessi laterales beidseits mit möglicher Reizung der L5-Wurzeln beidseits. Im Weiteren veranlasste Dr. C.____ eine fachärztliche neurologische Abklärung des Versicherten durch PD Dr. med. F.____, Neurologie FMH. Dieser diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Februar 2013 eine Lumboischialgie links mit L5-Reizsyndrom bei fehlenden motorischen Defiziten (klinisch), fehlenden frischen Denervationszeichen (EMG) und fehlender sicherer Neurokompression (MRI LWS 10/2012). Gestützt auf diese medizinischen Unterlagen orientierte die Beschwerdegegnerin den Versicherten mit Schreiben vom 29. Mai 2013, dass man von einer krankheitsbedingten Genese der geklagten Beschwerden ausgehe und deshalb das Vorliegen von Unfallfolgen verneine.

6.2 Da sich der Versicherte dieser Einschätzung nicht anschliessen konnte, holte die Beschwerdegegnerin zur weiteren Klärung der Rückfallkausalität der vom Versicherten geklagten Rückenbeschwerden bei der Kreisärztin Dr. med. G.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, einen fachärztliche Beurteilung ein. In ihrem ausführlichen Bericht vom 18. Juni 2013 gelangte die Fachärztin gestützt auf die ihr unterbreiteten Akten zusammenfassend zum Schluss, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen einem “Hebetrauma“, beschwerdefreiem Intervall und jetzt bestehenden chronischen Lumbalgien hergestellt werden könne. Ein einzelnes Weichteiltrauma aber ergebe, auch wenn es heftig gewesen sei, keine Signifikanz in der Entwicklung chronischer Rückenschmerzen.

6.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf die Ausführungen der Kreisärztin Dr. G.____ vom 18. Juni 2013. Sie ging demzufolge davon aus, dass die beim Versicherten seit 16. Oktober 2012 im Bereich des Rückens erhobenen Befunde nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. September 2010 zurückgeführt werden könnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen Dr. G.____ gelangt ist, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Der Bericht erweist sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. An der Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. G.____ vermag auch die im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichte Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. C.____ vom 26. Juli 2013 nichts zu ändern. Darin vertritt dieser - erstmals explizit - die Auffassung, dass die geklagten Beschwerden des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Verhebetrauma vom 15. September 2010 zurückzuführen seien. Zur Begründung weist er darauf hin, dass der Versicherte, der seit 2002 in seiner Behandlung stehe, bis zu dem Verhebetrauma noch nie und seither aber andauernd über Rückenschmerzen geklagt habe. Diese Kausalitätsbeurteilung vermag nun aber nicht zu überzeugen, läuft sie doch auf die Schlussfolgerung hinaus, dass eine gesundheitliche Schädigung durch den Unfall verursacht gilt, weil sie sich nach

dem Unfallereignis manifestiert hat. Die betreffende Argumentation beruht 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. Urteil N. des EVG vom 29. November 2006, U 207/06, E. 2.3).

6.4 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, ist ebenfalls nicht geeignet, die vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhaltes in Frage zu stellen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, einem kreisärztlichen Bericht könne generell kein ausschlaggebender Beweiswert zukommen, da die Kreisärztinnen und -ärzte in einem Abhängigkeitsverhältnis zur Beschwerdegegnerin stünden und deshalb befangen seien, kann ihm nicht beigepflichtet werden. Das Bundesgericht betont in seiner Rechtsprechung zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen den Grundsatz, dass ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als nicht Zweifel, seien sie auch nur gering, an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend gibt es - wie bereits weiter oben ausgeführt (vgl. E. 6.3 hiervor) - keinen Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen der Kreisärztin Dr. G.____ zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich deren Bericht hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinandersetzt und eine schlüssige Kausalitätsbeurteilung vornimmt. Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer sodann, wenn er geltend macht, auf den Bericht von Dr. G.____ könne auch deshalb nicht abgestellt werden, weil deren Einschätzung lediglich auf einer Beurteilung der Akten und nicht auf einer persönlichen Untersuchung beruhe. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil G. des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Die Kreisärztin hatte gestützt auf die vorhandenen - vor allem bildgebenden - medizinischen Akten hauptsächlich zu beurteilen, ob die vom Versicherten als Rückfall gemeldeten LWS-Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Grundfall vom 15. September 2010 stehen. Bei dieser Fragestellung kann eine ausschliesslich gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung durchaus Klärung bringen.

7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die am 27. Februar 2013 erfolgte Rückfallmeldung des Versicherten zu Recht eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Oktober 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