



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Juli 2019 (725 19 59 / 176)

Unfallversicherung

Einstellung der Heilbehandlungskosten

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Marco Albrecht, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttenz

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer-Münch, Advokat, Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1943 geborene A.____ war seit 1. März 1990 bei der B.____ AG angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei Basler Versicherung AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 21. September 2000 erlitt A.____ in den Ferien in Spanien beim Beachvolleyballspielen eine Achillessehnen-Zerrung. Nach Eingang der Unfallmeldung erbrachte die Basler Versicherung AG die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses. Am 6. Februar 2002 zog sich A.____ zudem beim Volleyballspielen eine Mittelfussdistorsion rechts zu. Auch dafür erbrachte die Basler Versicherung AG die ge-

setzlichen Versicherungsleistungen. Da es A.____ jedoch unterlassen hatte, für das Ereignis vom 6. Februar 2002 wiederum eine Unfallmeldung einzureichen, wurden auch die für das zweite Ereignis erbrachten Leistungen administrativ unter der Schadenummer des ersten Unfalls vom 26. September 2000 abgewickelt.

Nachdem die Basler Versicherung AG ab Sommer 2004 jährlich für die Kosten eines jeweils knapp dreiwöchigen Kuraufenthalts des Versicherten in Tschechien aufgekomen war, teilte sie diesem im Frühjahr 2016 mit, man müsse näher prüfen, ob er auch weiterhin Anspruch auf Übernahme der Kosten dieses jährlichen Kuraufenthalts habe. Nach Vornahme medizinischer Abklärungen erliess die Basler Versicherung AG am 31. Mai 2017 eine Verfügung, mit welcher sie „die Leistungen gemäss UVG“ für das Ereignis vom 26. September 2000 per 1. April 2017 einstellte. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Am 24. August 2017 erliess die Basler Versicherung AG eine weitere Verfügung, mit welcher sie „die Leistungen gemäss UVG“ auch für das Ereignis vom 6. Februar 2002 per 1. April 2017 einstellte. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Beschwerden des Versicherten am rechten Fuss seien nicht mit dem in der Sozialversicherung erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 6. Februar 2002 zurückzuführen. Daran hielt die Basler Versicherung AG auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 18. Januar 2019 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Marco Albrecht, am 20. Februar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei festzustellen, dass er weiterhin Anspruch auf die bisherigen Heilungskosten habe; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. Mai 2019 beantragte die Basler Versicherung AG, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 C.____ (BL), 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 ge-

gen 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 20. Februar 2019 ist demnach einzutreten.

1.2 Wie eingangs geschildert erliess die Beschwerdegegnerin am 31. Mai 2017 und am 24. August 2017 je eine Verfügung, mit denen sie „die Leistungen gemäss UVG“ per 1. April 2017 einstellte. Die erste Verfügung bezog sich auf die Leistungen für das Ereignis vom 26. September 2000 und die zweite auf die Leistungen für das Ereignis vom 6. Februar 2002. Während die Verfügung vom 31. Mai 2017 unangefochten in Rechtskraft erwuchs, focht der Versicherte die Leistungseinstellung für das Ereignis vom 6. Februar 2002 vorerst mit Einsprache und nach Erhalt des abschlägigen Einspracheentscheids mit der vorliegenden Beschwerde an. Streitgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet demnach einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für den Unfall vom 6. Februar 2002 zu Recht per 1. April 2017 eingestellt hat. Auf die Leistungseinstellung für das Ereignis vom 26. September 2000 hingegen ist, da sie unangefochten blieb, nicht mehr einzugehen.

2. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

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). Zu dieser vom Unfallversicherer zu übernehmenden Heilbehandlung gehören unter anderem die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (Art. 10 Abs. 1 lit. d UVG).

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. 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. 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil A. des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

4.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte

und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Die Beschwerdegegnerin holte zur Beurteilung der Frage, ob die beim Versicherten aktuell bestehenden Fussbeschwerden unfallkausal seien, ein fachärztliches Gutachten bei Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, ein. In diesem am 5. Mai 2017 erstatteten Gutachten hielt der Experte beim Versicherten folgende Diagnosen fest: (1) Knicksenkfüsse beidseits, rechts mehr als links, mit beginnender Arthrose Lisfranc TMT 1, TMT 2 und TMT 3 rechts mit Os tibiale Externum rechts; (2) eine beginnende Hammerzehen-Deformität Dig 4 rechts; (3) eine Neuralgie des intermetatarsalen plantaren Nervs 3/4 rechts (nicht symptomatisch); (4) eine Einlagenversorgung seit Jahren, 3/4 Einlagen, bettend, leicht stabilisierend, nicht korrigierend; (5) einen Status nach Mittelfussdistorsion rechts (06.02.2002); (6) einen Status nach Achillessehnenzerrung links (mit Thrombose, folgenlos abgeheilt, 26.09.2000); (7) einen Status nach Hüft-TEP-Implantation links (05/2012); (8) rezidivierende Lumbalgien; (9) eine Gonarthrose. In seiner Beurteilung führte Dr. D.____ zur Unfallkausalität der heute noch bestehenden Beschwerden aus, diese seien durch die ausgeprägte Knicksenkfüssigkeit mit eingeschränkter Rückfussbeweglichkeit und der beginnenden Arthrose im Mittelfussbereich bedingt. Eine solche Arthrose könne aufgrund der Knicksenkfüssigkeit entstehen; sie könnte auch nach einer Mittelfussdistorsion auftreten, sicherlich wäre eine Arthrose im Mittelfussbereich zu begründen nach einer Bandverletzung, einer Fraktur im Gelenksbereich oder einer Luxation. Beim Patienten habe lediglich ein leichter Bone-Bruise mit fraglicher kortikaler Infraktion (d.h. Quetschung des Knochens), jedoch keine Fraktur oder Abscherfraktur, keine Luxation oder Subluxation und auch keine Bandläsion nachgewiesen werden können. Es sei deshalb nicht anzunehmen, dass die erlittene Mittelfussdistorsion zu einer schweren Arthrose führe. Es sei eher davon auszugehen, dass sich die vorbestehende, bereits teilweise fixierte Knicksenkfüssigkeit über die Jahre zu einer zunehmenden Einschränkung der Rückfussbeweglichkeit mit Mittelfussarthrose entwickelt habe. Die geltend gemachten Beschwerden über all die Jahre könnten als Brückensymptome gewertet werden, es fehle jedoch der unfallkausale Schaden (keine Fraktur, keine Luxation, keine Bandverletzung, keine Sehnenbandverletzung) In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass drei Wochen nach erfolgter Verletzung eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden sei, welche eine derartige Verletzung hätte zeigen müssen. Eine Unfallkausalität der heutigen Beschwerden könne deshalb nur als möglich, allenfalls wahrscheinlich, jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich und nicht als sicher angesehen werden. Die unfallbedingte Übernahme der jetzigen Beschwerden sei deshalb abzulehnen. Selbstverständlich seien weitere Behandlungen der Knicksenkfüssigkeit und der beginnenden Arthrose notwendig und möglich (insbesondere Einlagenversorgung, Schuhversorgung, Entzündungshemmer oder Analgetika, Infiltrationen, intensive Heilbehandlungen). Allenfalls seien auch operative Massnahmen notwendig, resp. könnten in Zukunft notwendig werden. Diese Behandlungen würden zum Teil

durch die Krankenkasse übernommen. Abschliessend beantwortete Dr. D.____ die Frage der Beschwerdegegnerin, zwischen welchen Befunden sicher, überwiegend wahrscheinlich oder nur möglicherweise ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis gegeben sei, dahingehend, dass keine der vom Patienten angegebenen Beschwerden oder Befunde in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis stünden.

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 5. Mai 2017. Sie gelangte demzufolge zum Ergebnis, dass beim Versicherten im Zeitpunkt der strittigen Leistungseinstellung (1. April 2017) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Somit sei die Einstellung sämtlicher Heilungskosten per 1. April 2017 zu Recht erfolgt. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Fachärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Dr. D.____ vom 5. Mai 2017 weist diesbezüglich weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Insbesondere nimmt es eine in jeder Hinsicht schlüssige Kausalitätsbeurteilung vor. Dazu kommt, dass sich in den medizinischen Akten des vorliegenden Falls kein Arztbericht findet, in welchem ein kausaler Zusammenhang zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung bestehenden Fussbeschwerden und dem Unfallereignis vom 6. Februar 2002, bei dem sich der Versicherte eine Mittelfussdistorsion rechts zugezogen hatte, bejaht würde.

5.3 Was der Versicherte vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage.

5.3.1 Der Beschwerdeführer rügt als erstes, die plötzliche Verweigerung der Leistungen sei nicht erklärbar, nachdem er unbestrittenermassen die beiden Unfälle erlitten habe und weiterhin an deren Folgen leide. Mit diesem Einwand kann der Versicherte vorliegend nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Beschwerdegegnerin hält ihm in ihrer Vernehmlassung zu Recht entgegen, dass es dem Unfallversicherer als Leistungserbringer freisteht, seine Leistungspflicht (periodisch) zu überprüfen und die Leistungen gegebenenfalls einzustellen, falls keine Unfallfolgen mehr vorliegen. Dieser Grundsatz behält seine Richtigkeit auch dann, wenn die Leistungen - wie hier - über einen längeren Zeitraum erbracht wurden.

5.3.2 In medizinischer Hinsicht bringt der Beschwerdeführer nichts gegen die Schlüssigkeit der gutachterlichen Kausalitätsbeurteilung vor, er rügt vielmehr Fehler, welche die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Auftragserteilung an den Gutachter gemacht habe. Laut

Auftrag hätte der Experte die Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden in Bezug auf das Ereignis vom 26. September 2000 beurteilen sollen. Hinsichtlich des Unfalls vom 6. Februar 2002 sei dagegen kein entsprechender Auftrag erteilt worden. Soweit sich der Experte ungefragt zur Kausalität zwischen den Beschwerden und dem zweiten Unfall geäußert habe, liege deshalb eine Geschäftsführung ohne Auftrag zugunsten der Beschwerdegegnerin vor, was wiederum massive Zweifel an der Unabhängigkeit des Gutachters aufkommen lasse. Somit bestehe keine Grundlage für die Verweigerung der Leistungen für den zweiten Unfall, da danach gar nie gefragt worden sei. Diese Einwände des Beschwerdeführers müssen als weit hergeholt bezeichnet werden und sie sind offensichtlich unbegründet. Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Auftragserteilung und in ihrer Fragestellung lediglich das Ereignis vom 26. September 2000 angeführt hatte, dies dürfte aber in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass es der Versicherte damals unterlassen hatte, der Beschwerdegegnerin für das Ereignis vom 6. Februar 2002 eine neue Unfallmeldung zu erstatten. Dies hatte zur Folge, dass die Leistungen für das zweite Ereignis administrativ ebenfalls unter der Schadennummer des ersten Ereignisses abgewickelt wurden. Vor diesem Hintergrund ist es daher verständlich und nachvollziehbar - und letztlich mitunter eben auch auf diese Unterlassung des Versicherten zurückzuführen -, dass die Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin bei der Auftragserteilung formell lediglich auf diese Schadennummer und das ihr zugrunde liegende erste Ereignis Bezug nahm. Aus dem Inhalt des Gutachtens ergibt sich dann jedoch - und dies ist von wesentlicherer Bedeutung - klarerweise, dass die Begutachtung bei Dr. D._____ im Hinblick auf die Beurteilung der Frage erfolgte, ob die aktuell bestehenden Fussbeschwerden des Versicherten in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum zweiten Ereignis vom 6. Februar 2002 stehen, bei dem sich dieser eine Mittelfussdistorsion rechts zugezogen hatte. Dessen war sich zweifellos auch der Beschwerdeführer bewusst, gab er doch dem Gutachter gegenüber im Rahmen der Anamnese selber explizit an, in Bezug auf die beim ersten Ereignis im Jahr 2000 erlittene Achillessehnen-Zerrung würden weder Beschwerden bestehen noch liege eine Symptomatik vor, die Behandlung sei denn auch schon lange abgeschlossen. Weitere, im Zusammenhang mit dem ersten Ereignis und der dabei erlittenen Verletzung stehende Abklärungen hätten unter diesen Umständen wohl kaum Sinn gemacht. Die Untersuchungen des Experten und seine anschliessende Beurteilung bezogen sich denn auch folgerichtig auf die Frage, ob die aktuell bestehenden Fussbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 6. Februar 2002 stehen, bei dem sich der Beschwerdeführer eine Mittelfussdistorsion rechts zugezogen hatte. Nachdem sich der Versicherte - soweit ersichtlich - vorbehaltlos den entsprechenden Untersuchungen des Gutachters unterzogen hat, erstaunt es doch ein Stück weit, wenn er nun nachträglich - in Kenntnis der Ergebnisse des Gutachtens - dem Experten „eine Geschäftsführung ohne Auftrag zugunsten der Beschwerdegegnerin“ vorwirft und daraus sogar auf dessen Befangenheit schliessen will.

5.3.3 Als unbegründet erweist sich schliesslich der weitere Einwand des Beschwerdeführers, im Gutachten fehle die naheliegende, vertiefte Auseinandersetzung mit der Frage, ob die Unfälle für die bestehende Arthrose verantwortlich seien. Entgegen der Darstellung des Versicherten hat sich der Gutachter im letzten Abschnitt seiner Beurteilung (S. 7 des Gutachtens) in zweifellos ausreichendem Masse mit dieser Frage befasst und schlüssig und überzeugend aufgezeigt, dass die beginnende Arthrose - wie die übrigen bestehenden Beschwerden - lediglich möglich-

erweise in einem Zusammenhang zum Unfallereignis vom 6. Februar 2002 stehen. Diesen gutachterlichen Ausführungen, auf die vollumfänglich verwiesen werden kann, bleibt nichts beizufügen.

5.4 Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 6. Februar 2002 per 1. April 2017 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 18. Januar 2019 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

6. 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. Parteienschädigungen werden keine zugesprochen; die obsiegende Beschwerdegegnerin ist zwar anwaltlich vertreten, Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf eine Parteienschädigung jedoch ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person ein.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Es werden keine Parteienschädigungen zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 23. September 2019 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [8C 639/2017](#)) erhoben.

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