Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. November 2012 (725 12 174 / 296)

Unfallversicherung

Kausalitätsbeurteilung im Zusammenhang mit einem Rückfall

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Markus Schäfer
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel
	gegen
	AXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1967 geborene A.____ arbeitet seit 1. April 2000 bei B.____ und ist durch den Arbeitgeber bei der AXA Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit einer von A.____ mitunterzeichneten Unfallmeldung vom 25. November 2003 hatte der Arbeitgeber der AXA Versicherungen AG mitgeteilt, dass sich die Versicherte am 14. November 2003 beim „Ein- und Ausladen von Rohstoffen“ am „Knie links und rechts“ verletzt habe. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, hatte laut seinen Angaben im Formular “Erstes Arztzeugnis“ vom 12. Dezember 2003 bei

A.____ am 17. November 2003 eine „Kniedistorsion links“ diagnostiziert. Nach Eingang der Unfallmeldung war die AXA Versicherungen AG für die Kosten der ärztlichen Behandlung durch Dr. C.____ aufgekommen. Diese hatte sich in der Folge auf insgesamt drei Konsultationen beschränkt, von denen die letzte anfangs März 2004 erfolgt war. Zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit war es damals nicht gekommen.

Am 24. Juni 2011 gelangte B.____, der Arbeitgeber der Versicherten, über seinen für ihn zuständigen Kundenberater an die AXA Versicherungen AG. Er liess dieser per e-mail mitteilen, dass der Unfall vom 14. November 2003 „nach längeren Beschwerden“ der Versicherten neu abgeklärt werden müsse. Zudem reichte B.____ der AXA Versicherungen AG am 28. Juni 2011 nochmals eine “Unfallmeldung UVG“ betreffend das Unfallereignis vom 14. November 2003 ein. Die AXA Versicherungen AG betrachtete diese beiden Mitteilungen als Rückfallmeldung der Versicherten zum Unfallereignis vom 14. November 2003 und prüfte sie in der Folge unter diesem Aspekt. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen lehnte die AXA Versicherungen AG mit Verfügung vom 22. Dezember 2011 eine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall mit der Begründung ab, dass dieser nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 14. November 2003 stehe. Daran hielt die AXA Versicherungen AG auf Einsprache von A.____ hin mit Einspracheentscheid vom 26. April 2012 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Jan Herrmann, am 26. Mai 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr „die gesetzlichen Leistungen aus UVG“ auszurichten. Eventualiter sei seitens des Gerichts eine klärende medizinische Stellungnahme bei neutraler Stelle einzuholen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. August 2012 beantragte die AXA Versicherungen AG 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. Befindet sich dieser im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in welchem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in welchem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin Wohnsitz in Deutschland. Der Sitz ihres (letzten) schweizerischen Arbeitgebers befindet sich jedoch in D.____, so-

dass 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 26. Mai 2012 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der "Unfallmeldung UVG" vom 28. Juni 2011 zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. November 2003 abgelehnt hat.

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 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 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).

3.1 Nach 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). Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang 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.

3.2 Es obliegt 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil G. des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3 mit Hinweis).

4.1 Laut Unfallmeldung vom 25. November 2003 hatte sich die Versicherte am 14. November 2003 beim „Ein- und Ausladen von Rohstoffen“ am „Knie links und rechts“ verletzt, worauf der erstbehandelnde Arzt Dr. C.____ am 17. November 2003 eine „Kniedistorsion links“ diagnostiziert hatte (vgl. die Angaben im Formular “Erstes Arztzeugnis“ vom 12. Dezember 2003). Nach Eingang der Unfallmeldung war die Beschwerdegegnerin für die Kosten der ärztlichen Behandlung durch Dr. C.____ aufgekommen. Diese hatte sich allerdings auf drei Konsultationen beschränkt, von denen die letzte anfangs März 2004 stattgefunden hatte. Zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit war es damals nicht gekommen.

4.2 Am 24. Juni 2011 wurde die Beschwerdegegnerin durch ihren für den Arbeitgeber der Versicherten zuständigen Kundenberater per e-mail informiert, dass der vorstehend erwähnte Fall „nach längeren Beschwerden“ der Versicherten neu abgeklärt werden müsse. Zudem reichte der Arbeitgeber der Versicherten am 28. Juni 2011 seinerseits nochmals eine “Unfallmeldung UVG“ betreffend das Unfallereignis vom 14. November 2003 ein. Die Beschwerdegegnerin betrachtete diese beiden Mitteilungen als Rückfallmeldung der Versicherten zum Unfallereignis

vom 14. November 2003 und prüfte und beurteilte sie in der Folge unter diesem Aspekt. Demgegenüber macht die Versicherte geltend, ihre unfallbedingten Beschwerden seien nie vollständig abgeklungen. Soweit sie damit zum Ausdruck bringen will, dass in der vorliegenden Streitigkeit nicht ein Rückfall, sondern Leistungsansprüche aus dem Grundfall zur Beurteilung stünden, kann ihr jedoch nicht gefolgt werden. Wie den Akten entnommen werden kann, hat die Beschwerdegegnerin den auf das Unfallereignis vom 14. November 2003 zurückzuführenden Grundfall formlos abgeschlossen, indem sie die Rechnung des erstbehandelnden Arztes nach der dritten Konsultation vom 2. März 2004 beglichen hat. Berücksichtigt man, dass es sich beim Ereignis vom 14. November 2003 um einen leichten Unfall gehandelt hat, der zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt und der über diese drei Konsultationen beim Hausarzt hinaus keine weiteren medizinischen Behandlungen erfordert hat, ist der (formlose) Fallabschluss im März 2004 nicht zu beanstanden (vgl. dazu auch Urteil H. des Bundesgerichts vom 26. Juli 2012, 8C_234/2012, E. 5.1). Somit hat die Beschwerdegegnerin aber den von der Versicherten im Juni 2011 erneut geltend gemachten Leistungsanspruch zu Recht als Rückfallmeldung betrachtet und als solche geprüft und beurteilt.

5. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person 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).

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin holte zur Beurteilung der Frage, ob zwischen den von der Versicherten erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, eine fachärztliche Stellungnahme bei Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, ein. Dieser hält in seinem gestützt auf die Akten verfassten Bericht vom 4. November 2011 fest, bereits die Darstellung des initialen Ereignisses sei diskrepant, werde dieses doch in der Unfallmeldung vom 25. November 2003 ganz anders geschildert als im Zeugnis des erstbehandelnden Arztes vom

12. Dezember 2003. Ungeachtet dieser im Nachhinein wohl nicht mehr konklusiv auflösbaren Diskrepanz sei es gemäss den vorliegenden Unterlagen in der Folge nicht mehr zu behandlungsbedürftigen Beschwerden gekommen, sodass es nun weitgehend spekulativ erscheine, wenn ein Kausalzusammenhang der 2011 aufgetretenen Knieprobleme mit denjenigen von 2003 hergestellt werde. Ein solcher sei eher unwahrscheinlich, er könne allenfalls als möglich bezeichnet werden.

6.1.2 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin kann dieser Stellungnahme von Dr. E.____ für die Beurteilung des vorliegend strittigen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Grundfall kein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden. Der Bericht von Dr. E.____ ist ausgesprochen kurz ausgefallen und er beschäftigt sich überdies hauptsächlich mit dem ursprünglichen Unfallereignis vom 14. November 2003 bzw. mit den Diskrepanzen in den damaligen Unfallschilderungen. Sein wesentlicher Mangel liegt aber im Umstand, dass er mit keinem Wort auf die neueren, d.h. auf die nach der Rückfallmeldung von Ende Juni 2011 verfassten medizinischen Berichte der Klinik F.____ und des behandelnden Arztes Dr. med. G.____, Chirurgie FMH, eingeht. Dies wäre aber im Hinblick auf eine abschliessende Beurteilung der Kausalitätsfrage angezeigt gewesen, zumal der behandelnde Arzt die heutigen Beschwerden als unfallbedingt erachtet. Auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom 4. November 2011 kann demnach nicht abgestellt werden.

6.2.1 Die Beschwerdeführerin vertritt die Auffassung, dass die strittige Unfallkausalität gestützt auf die Einschätzung ihres behandelnden Arztes Dr. G.____ bejaht werden könne. Dieser hält denn auch in einer Stellungnahme zu Handen des Rechtsvertreters der Versicherten vom 15. Mai 2012 ausdrücklich fest, dass die anlässlich der Operation vom 14. Juli 2011 behobenen Schädigungen an beide Knien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 14. November 2003 zurückzuführen seien. Die Versicherte habe eine typische Kniedistorsion beidseits erlitten, welche eine Mensikushinterhornläsion verursachen könne. Zudem habe die Versicherte seit dem Ereignis immer wieder wechselnde mediale Kniegelenksschmerzen mit zum Teil Einklemmungen gehabt. Dr. C.____ habe denn auch bereits damals klinisch die Meniskusverletzung als Verdachtsdiagnose festgehalten. Die Kniegelenksarthroskopie habe alsdann auch eine isolierte Meniskushinterhornläsion ergeben, wobei die Risse nicht mehr glatt begrenzt und somit nicht mehr frisch gewesen seien. Bei sonst absolut einwandfreiem Kniegelenk sei es wegen der Inkongruenz bei diesen Hinterhornrissen zu einem Knorpelschaden an dieser Stelle gekommen. Der restliche Knorpel sei in Ordnung gewesen. Würde es sich bei den Kniegelenksbeschwerden um eine chronisch zunehmende Situation (auf Grund der Arbeitssituation usw.) handeln, wären noch weitere Knorpelläsionen resp. Probleme in den Kniegelenken gefunden worden.

6.2.2 Die Ausführungen von Dr. G.____ reichen - entgegen der Darstellung der Versicherten - nicht aus, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den im Juni 2011 geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 14. November 2003 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Dr. G.____ zeigt zwar schlüssig auf, dass vorliegend nicht von degenerativen Veränderungen in den beiden Knien auszugehen sei. Damit ist aber nicht erstellt, dass sich die Versicherte die fraglichen Verletzungen tatsäch-

lich anlässlich des hier einzig und allein zur Diskussion stehenden Ereignisses vom 14. November 2003 zugezogen hat. Die im Juli 2011 festgestellten und operativ behobenen Beeinträchtigungen können ebenso gut vor oder nach diesem Datum entstanden sein. Der Hinweis, dass die Versicherte vor dem fraglichen Ereignis immer beschwerdefrei gewesen sei, beruht ebenso wie die Darstellung, dass die Versicherte seit dem Ereignis immer wieder wechselnde mediale Kniegelenksschmerzen mit zum Teil Einklemmungen gehabt habe, nicht auf den Untersuchungsergebnissen von Dr. G.____ oder früheren Abklärungen anderer (Fach-) Ärzte, sondern ausschliesslich auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin selber. Dies genügt nicht, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Grundfall und den heutigen Beschwerden bejahen zu können.

6.3 Nach dem Gesagten stellt sich die Frage, ob der medizinische Sachverhalt zusätzlicher Abklärungen bedarf. Davon kann jedoch aus den nachfolgenden Überlegungen abgesehen werden. Wie die Beschwerdeführerin selber bestätigt, hat sie sich im Zusammenhang mit ihren Kniebeschwerden zwischen der letzten Konsultation bei Dr. C.____ anfangs März 2004 und der erneuten Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Juni 2011 - somit also während mehr als sieben Jahren - keiner ärztlichen Behandlung mehr unterzogen. Die medizinischen Akten enthalten denn auch kein einziges echtzeitliches Dokument, welches aus dieser doch recht langen Zeitspanne stammt. Dies ist insofern von Relevanz, als die Unfallversicherung, welche für den durch das Unfallereignis verursachten Schaden aufgekommen ist, spätere Gesundheitsstörungen nur zu übernehmen hat, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (vgl. E. 3.2 hiervor). Solche Brückensymptome müssen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aber gestützt auf ärztliche Stellungnahmen beurteilt werden. (Urteil H. des Bundesgerichts vom 26. Juli 2012, 8C_234/2012, E. 4 mit Hinweisen). Entgegen der Ansicht der Versicherten ergeben sich die von ihr geltend gemachten Brückensymptome nicht in rechtsgenüglicher Weise aus den vorliegenden ärztlichen Berichten, insbesondere auch nicht aus der von ihr zusammen mit der Beschwerde eingereichten Stellungnahme von Dr. G.____ vom 15. Mai 2012 (vgl. E. 6.2 hiervor). Wie das Bundesgericht weiter festgehalten hat, reichen entsprechende Aussagen medizinischer Laien nicht aus, um in rechtsgenüglicher Art den Beweis für die geltend gemachten Brückensymptome zu erbringen (Urteil H. des Bundesgerichts vom 26. Juli 2012, 8C_234/2012, E. 4 mit Hinweisen). Aus diesem Grund kann die Beschwerdeführerin auch aus der zu den Akten gegebenen schriftlichen Bestätigung ihres Arbeitgebers vom 2. April 2012, wonach sie „während all der Jahre immer wieder, je nach Belastung, mehr oder weniger grosse Schmerzen und Probleme mit ihren Knien hatte, die sie dann mit rezeptfreien Medikamenten zu behandeln versuchte“, für das hier interessierende Beweisthema nichts zu ihren Gunsten ableiten. Somit fehlt es im vorliegenden Fall aber an rechtsgenüglich nachgewiesenen Brückensymptomen zwischen dem Unfallereignis vom 14. November 2003 und den von der Versicherten im Juni 2011 geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

6.4 An diesem Beweisergebnis - dem Fehlen nachgewiesener Brückensymptome - vermögen auch eine nachträgliche Begutachtung oder zusätzliche medizinische Abklärungen nichts zu ändern. Unter diesen Umständen kann aber davon abgesehen werden, dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin stattzugeben, wonach seitens des Gerichts eine klärende medizinische Stellungnahme bei neutraler Stelle einzuholen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst

zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass ein beantragtes Beweismittel am relevanten Sachverhalt nichts zu ändern vermag, kann auf dieses verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

6.5 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den von der Versicherten im Juni 2011 geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 14. November 2003 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Unter diesen Umständen ist aber nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. November 2003 abgelehnt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 26. April 2012 erhobene Beschwerde ist demnach abzuweisen.

7. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess 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.

Gegen diesen Entscheid wurde am 6. Februar 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_117/2013) erhoben.

http://www.bl.ch/kantonsgericht