



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. August 2013 (725 13 75 / 200)

Unfallversicherung

Leistungseinstellung / Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs

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

Parteien A.____, Beschwerdeführer

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerde-
gegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1972 geborene A.____ bezog seit dem 23. Januar 2012 Leistungen der Arbeitslosenversicherung. Als arbeitslose Person war er bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen Unfälle versichert. Am 5. Juni 2012 liess A.____ der SUVA einen Unfall melden. Laut den Angaben in der "Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen" war der Versicherte am 1. Juni 2012 „in der Dusche ausgerutscht und hingefallen.“ Dabei zog er sich laut "Arztzeugnis UVG" der erstbehandelnden Ärztin med. pract. B.____, Fachärztin Allgemeinmedizin, vom 12. Juli 2012 eine LWS-Distorsion und eine gluteale Prellung zu. Nachdem die SUVA dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen

dieses Unfalls erbracht hatte, schloss sie mit Verfügung vom 19. Dezember 2012 den Fall per 31. Dezember 2012 ab und stellte die Versicherungsleistungen mit der Begründung ein, laut kreisärztlicher Beurteilung seien die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur. Nachdem der Versicherte gegen diese Verfügung Einsprache erhoben und die SUVA daraufhin eine ausführlichere Stellungnahme ihres Kreisarztes eingeholt hatte, wies die SUVA die Einsprache des Versicherten mit Entscheid vom 18. Februar 2013 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ mit Schreiben vom 15. März 2013 (Postaufgabe: 19. März 2013) Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA aufzuheben und es sei diese anzuweisen, ihm weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Mai 2013 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde.

D. Zur Vervollständigung der Unterlagen zog das Kantonsgericht auf Ersuchen des Beschwerdeführers bei der SUVA die ein früheres Unfallereignis vom 12. August 2009 betreffenden Unfallakten des Versicherten bei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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._____, 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 15. März 2013 (Postaufgabe: 19. März 2013) ist demnach einzutreten.

2. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob der Versicherte über den 31. Dezember 2012 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung 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. 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).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge

und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

2.4 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 fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, 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). 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. Da es sich 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. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

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

4.1 Laut den Angaben der erstbehandelnden Ärztin pract. med. B.____ im "Arztzeugnis UVG" vom 12. Juli 2012 zog sich der Versicherte beim Sturz vom 1. Juni 2012 eine LWS-Distorsion und eine gluteale Prellung zu. Auf Grund der in der Folge anhaltenden Beschwerden überwies die genannte Ärztin den Versicherten zur weiteren Abklärung an die Klinik D.____. Dort diagnostizierte die Oberärztin Dr. med. E.____ am 27. November 2012 (1) persistierende, lumbalbetonte Rückenbeschwerden bei Status nach Sturz in der Badwanne am 01.06.2012; (2) einen Status nach Autounfall am 19.11.1999 mit multiplen Schürfwunden im Gesicht, einer Rissquetschwunde an der rechten Augenbraue, einer Kontusion im Bereich des thoracolumbalen Überganges und des Thorax sowie einer Schulterkontusion rechts; (3) einen Status nach Rückenkontusion am 13.09.2006 und (4) einen Status nach Kontusion der LWS am 12.08.2009. In ihren Ausführungen wies Dr. E.____ darauf hin, dass der Versicherte „sehr schlecht“ zu untersuchen gewesen sei. Es hätten diffuse Druckdolenzten bereits bei kleinsten Berührungen im Bereich der gesamten LWS sowie paravertebral rechts und links bestanden. Die ISG seien schmerzbedingt ebenfalls nicht untersuchbar gewesen. Schliesslich sei es auch kaum möglich gewesen, den Patienten im Liegen zu untersuchen. Zum Ausschluss einer Diskopathologie habe sie zusätzlich ein MRI der LWS in die Wege geleitet. Dieses MRI wurde in der Folge am 10. Dezember 2012 im Institut F.____ durchgeführt und ergab folgende Befunde: (1) eine bekannte Spondylolyse LWK5 mit eher etwas regredienter Anterolisthesis Meyerding I LWK5 über SWK1; (2) aktuell auch wieder weitere Foramina LWK5 beidseits, nach wie vor geringe Enge, aber im Liegen aktuell keine Kompression mehr - lediglich links allenfalls eine Kompression unter Belastung möglich - radikuläre Symptomatik?; (3) eine beginnende Anschlussarthrose im Segment LWK4/5 mit Dehydration des Bandscheibenfaches und - im Vergleich zur Voruntersuchung - zunehmender aktivierter Facettengelenksarthrose(links mehr als rechts). Im Bericht betreffend die Konsultation vom 13. Dezember 2012 führte Dr. E.____ aus, der Versicherte sei zur Besprechung des erwähnten MRI erschienen. Auf eine erneute Untersuchung habe sie verzichtet, da der Patient noch mehr Schmerzen als beim letzten Mal angegeben habe und er

schon damals aufgrund der diffusen Schmerzen nicht habe untersucht werden können. Die nun vorliegenden MRI-Befunde würden die Symptomatik jedenfalls nicht erklären. In der Folge unterbreitete die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten ihrem Kreisarzt Dr. med. G.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, mit der Bitte, zur Frage der Unfallkausalität der vom Versicherten geklagten Beschwerden Stellung zu nehmen. In seiner Kurzantwort vom 19. Dezember 2012 vertrat der Kreisarzt die Auffassung, dass keine strukturellen Unfallfolgen vorliegen würden und sich keinerlei Verschlimmerung bildgebend am Rücken ereignet habe.

4.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte die Beschwerdegegnerin den Kreisarzt Dr. G.____ um eine nochmalige, ausführlichere Stellungnahme zur Frage, ob die vom Versicherten aktuell geklagten Beschwerden auf das Unfallereignis vom 1. Juni 2012 zurückgeführt werden könnten. In seiner Beurteilung vom 14. Februar 2013 hielt der Kreisarzt fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne mit Sicherheit gesagt werden, dass am 31. Dezember 2012 Unfallfolgen keinerlei Rolle mehr gespielt hätten. Als Beweise hierfür seien zum einen die stets fehlende bildgebende Darstellung strukturell objektivierbarer Unfallfolgen und zum andern die dokumentierte, gleiche degenerative Situation am Rücken wie vor dem Unfall anzuführen. Auch in der klinischen Symptomatik und in der klinischen Untersuchung würden sich bezüglich des neurologischen Status keine Schädigungen zeigen, welche die Schmerzsymptomatik des Patienten erklären würden. Selbst im nicht unfallkausalen Bereich, also rein aus klinischer medizinischer Optik, lasse sich die Symptomatik des Patienten mit den bildgebenden Befunden nicht in Einklang bringen. Diese Tatsache spreche für eine Schmerzstörung, welche sicher keinerlei Zusammenhang zum Unfallereignis aufweise. Somit könne er - als Ergebnis - nur wiederholen, dass spätestens Ende Dezember 2012 Unfallfolgen mit Sicherheit keine Rolle mehr spielen würden und dass beim Versicherten strukturell objektivierbare Unfallfolgen niemals vorhanden gewesen seien. Auch sei nie eine Verschlimmerung eines vorbestehenden degenerativen Zustandes an der Wirbelsäule eingetreten.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. G.____ vom 19. Dezember 2012 und 14. Februar 2013. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Versicherten jedenfalls am 31. Dezember 2012 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 1. Juni 2012 zurückgeführt werden könnten. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen Dr. med. G.____ gelangt ist, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten. Die beiden Berichte erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Dazu kommt, dass sich in den übrigen (medizinischen) Akten keinerlei Anhaltspunkte finden, die Anlass geben könnten, die Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. G.____ in Zweifel zu ziehen. Es verhält sich vielmehr so, dass die kreisärztliche Einschätzung durchaus im Einklang mit den Ergebnissen steht, zu denen Dr. E.____ - die andere Fachärztin, die sich aktuell mit dem Fall befasst hat - in ihren Berichten vom 27. November und 13. Dezember 2012 gelangt ist.

5.2 Nach dem Gesagten erlauben die vorhandenen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes. Es besteht demnach kein Grund, weitere (fach-) ärztliche Abklärungen vornehmen zu lassen. Somit ist aber auch dem Anliegen des Versicherten nicht stattzugeben, wonach man seine behandelnden Ärzte, die ihn seit längerem kennen würden und die deshalb seine Situation besser beurteilen könnten, in die weitere Abklärung des medizinischen Sachverhaltes einbeziehen müsse. 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 die rechtsanwendende Behörde bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen; vgl. auch 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen).

6. Mit seinem im Laufe des vorliegenden Beschwerdeverfahrens gestellten Antrag, es seien bei der Beschwerdegegnerin (auch) die seinen früheren Unfall vom 12. August 2009 betreffenden Unfallakten beizuziehen, wirft der Beschwerdeführer - zumindest sinngemäss - die Frage auf, ob das heutige Beschwerdebild allenfalls in einem Zusammenhang mit dem damaligen Ereignis stehen könnte, bei welchem sich der Versicherte auf einer Baustelle bei einem Sturz in ein leeres, ca. 1,2 m tiefes Schwimmbecken eine Kontusion der LWS zugezogen hatte. 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. Vorliegend lassen sich den aktuellen medizinischen Akten aber keinerlei Hinweise entnehmen, wonach die heutigen Beschwerden des Versicherten in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. August 2009 stehen könnten. Es ist vielmehr übereinstimmend davon die Rede, dass die vorhandenen, im MRI vom 10. Dezember 2012 bildgebend dokumentierten Beeinträchtigungen im Bereich der LWS krankhafter Natur seien. Somit kann aber von weiteren Ausführungen zu dieser Frage abgesehen und als Ergebnis festgehalten werden, dass sich vorliegend eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin klarerweise auch nicht mit dem Argument begründen lässt, es liege ein Rückfall zum Unfallereignis vom 12. August 2009 vor.

7. Schliesslich führt der Versicherte in seiner Beschwerde aus, er leide auch in psychischer Hinsicht „unter den Nachwehen der Unfallsituation.“ Soweit er hierfür eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ableiten will, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Der Kreisarzt geht in seiner Beurteilung vom 14. Februar 2013 zwar vom Vorliegen einer „Schmerzstörung“ aus, er

hält aber fest, dass diese „sicher keinerlei Zusammenhang zum Unfallereignis aufweise.“ Wie es sich mit dieser Diagnose und mit der weiteren Frage verhält, ob dieses psychische Leiden - oder eine andere, allenfalls vorhandene psychische Gesundheitsbeeinträchtigung - in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 1. Juni 2012 steht, kann letztlich offen bleiben. Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid schlüssig dar, dass und weshalb es vorliegend ohnehin an dem - für die Bejahung einer Leistungspflicht zusätzlich erforderlichen - adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der psychischen Problematik des Versicherten und dem Unfallereignis fehlt. An dieser Stelle kann deshalb von weiteren Erörterungen zu der vom Versicherten aufgeworfenen Thematik abgesehen und stattdessen vollumfänglich auf die überzeugenden Erwägungen hierzu im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. dessen E. 3.2) verwiesen werden.

8. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für den Versicherten per Ende Dezember 2012 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 18. Februar 2013 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9. 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>