



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. November 2024 (725 24 123)

Unfallversicherung

Knieverletzung, Ablehnung der Leistungserbringung gestützt auf die vorhandenen kreisärztlichen Berichte unzulässig

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber i.V. Nicki Rohrbach

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Markus Zimmermann, Rechtsanwalt, Stadtturmstrasse 10, 5401 Baden

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Richtplatz 1, 8304 Wallisellen, Postfach, 8010 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1983 geborene A.____ ist Aussendienstmitarbeiterin bei der B.____ AG und in dieser Eigenschaft durch ihre Arbeitgeberin bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 1. März 2020 verdrehte sie sich das rechte Knie, als sie beim Skifahren stürzte. Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diagnostizierte am 7. April 2020

ein Knie-Distorsionstrauma rechts mit Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion und eine vordere Kreuzbandruptur. In der Folge wurde A._____ am 28. April 2020 und am 19. Oktober 2021 am rechten Knie operiert. Mit Verfügung vom 21. April 2022 lehnte die Allianz die Erbringung von Versicherungsleistungen ab, da die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 1. März 2020 zurückzuführen seien. Auch auf Einsprache der Versicherten hin hielt die Allianz mit Entscheid vom 9. April 2024 an der Ablehnung ihrer Leistungspflicht fest.

B. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Markus Zimmermann, mit Eingabe vom 7. Mai 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 9. April 2024 sei aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. März 2020 die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass aufgrund abweichender ärztlicher Beurteilungen Zweifel an der versicherungsinternen medizinischen Beurteilung bestünden, auf welche die Beschwerdegegnerin ihren leistungsablehnenden Entscheid stützte.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 4. Juni 2024 schloss die Allianz auf Abweisung der Beschwerde.

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 X._____, 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 Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 7. Mai 2024 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Versicherte für das Ereignis vom 1. März 2020 Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. April 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die sich erst später verwirklicht haben, sind

jedoch zu berücksichtigen, wenn sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2007, 9C_101/2007, E. 3.1 und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. des Einspracheentscheids vorgebracht wurden und in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. April 2016, C-2263/2014, E. 2.1 und vom 16. November 2015, C-3733/2014, E. 2.2).

3. Gemäss 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). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). 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 % 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.

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 und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 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 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, zu deren Beantwortung die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – auf ärztliche Erkenntnisse angewiesen ist. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

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 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 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 109 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

4.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) 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 beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

5.1 Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte ist das Gericht auf ärztliches Fachwissen angewiesen (BGE 132 V 93 E. 4). Es hat die 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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu ent-

scheiden 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 und 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

5.2 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). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.3 Beratende Ärzte und Vertrauensärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts vom 6. März 2020, 8C_646/2019, E. 4.3 und vom 25. Juni 2018, 8C_281/2018, E. 3.2.2 mit weiteren Hinweisen). Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2020, 9C_11/2020, E. 5.1.2).

6. Für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts sind im Wesentlichen folgende Berichte von Relevanz:

6.1 Die Versicherte liess sich nach dem Ereignis vom 1. März 2020 in der Klinik D._____ behandeln. Im Bericht vom 7. April 2020 diagnostizierte Dr. C._____ das Bestehen eines Kniedistorsionstraumas rechts mit Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion und vordere Kreuzbandruptur.

6.2 Am 9. April 2020 wurde eine erste Magnetresonanztomographie(MRT)-Untersuchung des rechten Knies durchgeführt. Dr. med. E.____, FMH Radiologie, stellte gestützt auf die Bilder eine flau Signalalteration der peripheren posteromedialen Zirkumferenz und der meniskoligamentären Aufhängung des medialen Meniskus fest. Beim Knorpel bestehe eine Signalalteration, die er als Chondropathie Grad II retropatellar, femorotibial medial und lateral deutete. Er ermittelte zudem eine femurseitige Partialruptur des vorderen Kreuzbands.

6.3 Dr. C.____ nannte am 11. April 2020 gestützt auf die bildgebenden Befunde vom 9. April 2020 ebenfalls eine Läsion des vorderen Kreuzbands. Zudem bestehe eine mediale Meniskusläsion im Bereich der Aufhängung am Corpus und Hinterhorn, wobei eine grobe Rissbildung mit oberflächlicher Läsion nicht sicher abgrenzbar sei. Die Indikation zur arthroskopischen Revision und Kreuzbandrekonstruktion sei gegeben.

6.4 Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Swiss Insurance Medicine AG, führte am 27. April 2020 auf Nachfrage der Allianz aus, es sei medizinisch nicht nachvollziehbar, dass kein erstes ärztliches Zeugnis unmittelbar nach dem Unfall erstellt worden sei. Die MRT-Befunde vom 9. April 2020 seien nicht absolut eindeutig für eine frische Läsion. Im rechten Knie seien mit Sicherheit auch Abnützungszeichen vorhanden, die nicht vom Unfallereignis stammten. Überwiegend wahrscheinlich gäbe es unfallfremde Faktoren. Der Unfall habe sehr wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung eines bestehenden Vorzustands geführt, zumal auch das linke Knie Beschwerden bereite. Ob eine Operation nötig sei und direkt mit dem Ereignis zusammenhänge, könne aufgrund der vorhandenen Informationen und Unterlagen nicht beurteilt werden. Jedenfalls sei eine solche nicht dringend.

6.5 Am 28. April 2020 führte Dr. C.____ eine Rekonstruktion des vorderen Kreuzbands rechts mit Semitendinosussehne und eine Meniskusnaht durch. Im Operationsbericht hielt er unter anderem eine weite Luxation des Meniskus fest, der sich bereits unter Sog in das Gelenk eingezogen habe. Intraoperativ habe er festgestellt, dass beim Knorpelüberzug femoral eine Chondropathie Grad II über der Hauptbelastungszone von 8 mm Durchmesser bestehe.

6.6 Im Bericht vom 6. Oktober 2020 gab Dr. F.____ nach erneuter Konsultation der Akten an, dass nur ein Teil der Operation vom 28. April 2020 unfallindiziert gewesen sei. Er wiederholte seine Ansicht, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehende Schäden aktiviert respektive vergrössert worden seien. Im Weiteren sei mit langfristigen Schäden in Form von einer Arthrose in beiden Knien zu rechnen.

6.7 Trotz unkompliziertem postoperativem Verlauf traten bei der Versicherten im Juni 2021 erneut Kniebeschwerden auf. Am 9. August 2021 wurde eine zweite MRT-Untersuchung durchgeführt. Gestützt darauf stellte Dr. E.____ eine Delamination des Knorpels der inferioren Belastungszone der medialen Femurkondyle sowie einen fokalen Knorpeldefekt Grad IV mit umgebender Delamination der femoralen patellaren Gleitrinne fest. Weiter bestehe eine Chondropathie femoropatellar und femorotibial Grad II. Zudem sei eine Plica medio- und suprapatellaris festgestellt worden. Betreffend den lateralen Meniskus läge eine fokale Konturirregularität der Oberfläche vor.

6.8 Am 19. Oktober 2021 wurde die Versicherte ein weiteres Mal am rechten Knie operiert. Dr. C._____ führte eine Knorpelglättung, eine Narbenplicaresektion und ein Trimming des medialen Meniskus durch. Intraoperativ hielt er betreffend den Meniskus fest, dass keine neuerlichen Läsionszeichen bestünden. Beim Knorpelüberzug femoral bestehe eine Chondropathie Grad II – III, die in der Trochlea Grad III erreiche.

6.9 Am 12. Januar 2022 nahm Dr. med. G._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, beratender Arzt der Allianz, mittels einer Aktenbeurteilung Stellung zur Kausalität der geltend gemachten Gesundheitsschädigung mit dem Ereignis vom 1. März 2020. Das MRT vom 9. August 2021 zeige einen bereits bekannten Knorpelschaden mit Flap-Bildung. Dieser sei bereits im Vorfeld des Eingriffs vom 28. April 2020 als "praeexistent degenerativ" bezeichnet worden, da die Zeitspanne zwischen Unfallereignis und MRT respektive arthroskopischer Diagnostik viel zu kurz gewesen sei. Die Bilder aus der Arthroskopie verdeutlichten den degenerativen Charakter des Knorpelschadens, der wahrscheinlich in Ausmass und Tiefe progressiv und deshalb symptomatisch geworden sei. Gemäss Dr. G._____ habe der Unfall eine ligamentären und meniscalen Schaden bewirkt. Mit dem Knorpelschaden lägen jedoch unfallfremde Faktoren vor, bezüglich welcher der Unfall nicht, resp. bloss möglicherweise zu einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt habe.

6.10 Am 9. Juni 2022 führte Dr. med. H._____, FMH Chirurgie und Orthopädie, beratender Arzt der Y._____ Rechtsschutz-Versicherung AG, aus, dass die vorliegende Komplexverletzung mit frischer vorderer Kreuzbandinsuffizienz und instabiler medialer Meniskusruptur überwiegend wahrscheinlich Folge des Skiunfalls vom 1. März 2020 sei. Das Ereignis sei geeignet gewesen, Beschwerden in Art der eingetretenen zu verursachen. Es bestünden keine unfallfremden Faktoren, die das Beschwerdebild beeinflusst hätten. Die Chondropathie in der Hauptbelastungszone der medialen Femurcondyle sei überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt. Die Aussage von Dr. G._____ vom 12. Januar 2022, dass der im MRT-Befund vom 9. August 2021 auszumachende Knorpelschaden mit Flap-Bildung vorbekannt und praeexistent degenerativ sei, treffe nicht zu. Die im MRT-Befund vom 9. April 2020 ersichtliche Knorpelveränderung sei als milde Form eines frischen Knorpelschadens beurteilt und intraoperativ nicht angegangen worden. Es sei überwiegend wahrscheinlich beim Skisturz zu einer physiologischen Krafteinwirkung auf das Kniegelenk mit Einriss und Luxation des medialen Meniskus gekommen, was zur Schädigung des Knorpels am medialen Femurcondylus geführt habe. Die Chondropathie mit Flap-Bildung am medialen Condylus sei überwiegend wahrscheinlich eine Folge eines unfallbedingten Knorpelschadens, wo es durch das Shifting des instabilen medialen Meniskus zu einer ScherKrafteinwirkung auf die subchondrale Zone gekommen sei, die weder im MRT noch intraoperativ sichtbar gewesen sei. Sowohl die Operation vom 28. April 2020 als auch diejenige vom 19. Oktober 2021 seien unfallbedingt indiziert gewesen.

6.11 Dr. C._____ brachte mit undatierter Eingabe zum Ausdruck, es sei für ihn schwer zu erklären, wie die Kniebeschwerden als nicht unfallfremd beurteilt werden könnten. Es hätten sich

im MRT vom 9. April 2020 klar eine frische Verletzung des vorderen Kreuzbands sowie des Meniskus gezeigt, was anlässlich der Untersuchung vom 11. April 2020 auch dokumentiert worden sei (vgl. hiervor E. 6.4).

6.12 In einem erneuten Aktengutachten wiederholte Dr. G.____ am 7. März 2024, dass der Knorpelschaden nicht auf den Unfall zurückzuführen sei. Er begründete dies damit, dass die üblichen Begleitschäden im MRT vom 9. April 2020 und intraoperativ während der Operation vom 28. April 2020 nicht hätten festgestellt werden können. So liege der Knorpelschaden bei genauer Betrachtung in der nach zentral aufsteigenden femoralen Linie und nicht – wie von Dr. C.____ dokumentiert – in der Belastungszone oder im Bereich der vermuteten peripheren Rampenläsion des medialen Meniskushinterhornes. In diesem Bereich fehle jeglicher Hinweis auf einen – wie von Dr. H.____ behauptet – Luxationsschaden am medialen Meniskus, bei welchem Traumamechanismus das capsuloligamentäre Gefüge zerrissen werde und deshalb erwartet werden könne, dass tibialseitig ein Knochenmarködem vorliegen müsse. Weiterführende periphere Schädigungen am Bandapparat seien ebenso fehlend wie ein lateralseitiges Bonebruise als Zeichen einer valgisch-rotatorischen Gelenkauslenkung. Ebenso wenig hätten im Knie bildgebend oder peroperativ frei flottierende chondrale Gelenkkörper gefunden werden können, wie es bei traumatisch induzierten Knorpelschäden normalerweise der Fall sei. Die im zweiten MRT vom 9. August 2021 festgestellte Ausweitung des Knorpelschadens am medialen Femurcondylus entspräche der zu erwartenden degenerativ gesteuerten Progression des Schadens im Verlauf von 18 Monaten.

6.13 Mit Stellungnahme vom 5. Mai 2024 widersprach Dr. H.____ den Ausführungen von Dr. G.____ vom 7. März 2024. Bezugnehmend auf das MRT vom 9. April 2020 und die am 28. April 2020 intraoperativ festgestellten Befunde führte er aus, dass die Chondropathie femoral medial ein Befund sei, der sich häufig bei diesen komplexen Verletzungen mit Shiften des Gelenks finde. Die Ansicht von Dr. G.____, wonach der Knorpelschaden vorbestehend gewesen sei, treffe deshalb nicht zu. Auch seine Behauptung, dass die Ausweitung des Knorpelschadens der zu erwartenden degenerativ gesteuerten Progression des Schadens entspreche, sei nicht zutreffend. Es sei allgemein bekannt, dass entsprechende Knorpelverletzungen trotz initial guten postoperativen Verläufen bei rekonstruierten und restabilisierten Kniegelenken mit einer posttraumatischen Arthrose endeten.

7.1 Die Allianz stützte sich in ihrer Verfügung vom 21. April 2021 und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. April 2024 auf die Berichte von Dr. G.____ vom 12. Januar 2022 und 7. März 2024 sowie Dr. F.____ vom 27. April 2020 und 6. Oktober 2020 ab. Sie kam dabei zum Schluss, dass sie für die Folgen des Unfalls vom 1. März 2020 nicht leistungspflichtig sei. In der Folge verneinte sie sowohl die Kostenübernahme für die Operation vom 28. April 2020 als auch für diejenige vom 19. Oktober 2021. Dieser Auffassung kann aus nachfolgenden Überlegungen nicht gefolgt werden. Dabei ist bereits an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auf versicherungsinterne Berichte nicht abgestellt werden kann, wenn auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit bestehen (vgl. oben E. 5.2 f.). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen.

7.2 Dr. G.____, auf dessen Beurteilungen sich die Unfallversicherung hauptsächlich stützte, legte mit seinen Berichten vom 12. Januar 2022 und 7. März 2024 detailliert dar, wieso der in der zweiten Operation vom Oktober 2021 behandelte Knorpelschaden auf einen Vorzustand zurückzuführen sei. Im zweiten Bericht vom 7. März 2024 äusserte er sich jedoch nicht zum Kreuzbandriss, nachdem er noch am 12. Januar 2022 ausgeführt hatte, dass der Unfall zu einer Verletzung der Bänder und des Meniskus geführt habe. Zumindest der zweite Bericht vom 7. März 2024 erweist sich damit als nicht umfassend. Dr. F.____ gab im Bericht vom 27. April 2020 an, dass die MRT-Befunde vom 9. April 2020 nicht absolut eindeutig für eine frische Läsion seien. Damit wird die Unfallkausalität jedoch nicht ausgeschlossen, da im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt. Wurde die Unfallkausalität einmal überwiegend wahrscheinlich festgestellt, obliegt es dem Unfallversicherer, den Wegfall des Kausalzusammenhangs zu beweisen (vgl. hiervor E. 4.2). Im Bericht vom 27. April 2020 führte Dr. F.____ weiter sinngemäss aus, dass es sich beim 1. März 2020 um einen Unfall gehandelt habe, der sehr wahrscheinlich zu einer Verschlimmerung eines bestehenden Vorzustandes geführt habe. Eine Operation erachtete er dennoch als nicht dringend. Entgegen seiner Ansicht scheint die am 28. April 2020 durchgeführte Kreuzbandrekonstruktion beinahe zwei Monate seit dem Skiunfall vom 1. März 2020 aber medizinisch indiziert gewesen zu sein, wie auch Dr. C.____ am 11. April 2020 festgestellt hatte. Weiter führte Dr. F.____ in seinen Beurteilungen vom 27. April 2020 und 6. Oktober 2020 aus, dass es im Knie vorbestehende Schäden gegeben habe, welche der Unfall aktiviert respektive vergrössert habe. Dabei unterliess er es jedoch zu definieren, welche Schäden vorbestehend gewesen seien. Ohnehin gilt, dass das Bestehen eines Vorzustands die Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht ausschliesst, sofern der Unfall zu einer Verschlimmerung des genannten Zustands geführt hat (vgl. a.a.O.). Die Argumentation von Dr. F.____ läuft damit ins Leere. Somit äusserten sich die versicherungsinternen Ärzte nicht umfassend zur medizinischen Situation, weshalb an ihren Beurteilungen Zweifel bestehen. Diese Zweifel werden noch durch die Äusserungen von Dr. G.____ und Dr. C.____ verstärkt. In seinen Berichten vom 9. Juni 2022 und 5. Mai 2024 vertrat Dr. H.____ die Ansicht, die Knorpelschäden seien erst durch das Unfallereignis vom 1. März 2020 entstanden. Dabei ging er im Detail auf die Begründung von Dr. G.____ ein und widerlegte diese. In diesem Sinne äusserte sich auch der Operateur Dr. C.____. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an den Ausführungen von Dr. G.____ und Dr. F.____ Zweifel bestehen, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Zudem ist die Versicherung auch beim Bestehen eines Vorzustandes leistungspflichtig, wenn sich dieser durch den Unfall verschlimmert hat.

7.3 Welche fachärztliche Meinung nach überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist, kann das Gericht anhand der vorhandenen medizinischen Aktenlage nicht beurteilen. Aufgrund der Uneinigkeit der involvierten Fachpersonen ist die Sachlage deshalb durch einen unabhängigen Gutachter respektive Gutachterin zu klären. Diesbezüglich ist die Angelegenheit zur Einholung eines Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

8.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen).

8.2 Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin keine Honorarnote einreichte, wird das Honorar gestützt auf Ziffer 4 des Dispositivs der Verfügung vom 8. Mai 2023 nach Ermessen festgesetzt. Das Gericht setzt das Honorar auf pauschal Fr. 2'500.- - zuzüglich 8.1 % Mehrwertsteuer und somit auf Fr. 2'702.50 fest.

9. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 9. April 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'702.50 (inkl. 8.1 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

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