



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 1. Februar 2018 (725 17 69 / 36)**

---

**Unfallversicherung**

**Nach Art. 36 Abs. 1 UVG ist der Unfallversicherer leistungspflichtig, wenn eine Operation zwar primär wegen der Anlagestörung vorgenommen wurde, darüber hinaus aber auch der (vorzeitigen) Beseitigung der Unfallfolgen diene.**

---

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

---

**Parteien** **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

**HDI Global SE**, Niederlassung Zürich/Schweiz, Postfach, 8034 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich

---

**Betreff** Leistungen

A. Die 1981 geborene A.\_\_\_\_ war seit dem 11. August 1997 bei der B.\_\_\_\_ als kaufmännische Angestellte tätig und in dieser Eigenschaft bei der HDI Global SE (nachfolgend: HDI) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Bagatell-Unfallmeldung vom 18. Mai 2015 fiel sie am 15. Mai 2015 beim Spielen auf einer Hüpfburg von einer oberen auf eine circa einen Meter tiefer liegende Ebene. Dabei zog sie sich eine Luxation der linken Kniescheibe zu. Nach Eingang der Unfallmeldung der Arbeitgeberin erbrachte die HDI die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten) für die Folgen dieses Ereignisses. Nach weiteren Abklärungen teilte sie A.\_\_\_\_ am 8. März 2016 mit, dass die behandelten Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall 15. Mai 2015 zurückzuführen seien, weshalb die Leistungen per 30. September 2015 eingestellt würden. Daran hielt sie mit Verfügung vom 21. April 2016 und Einspracheentscheid vom 27. Januar 2017 fest.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 1. März 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 27. Januar 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr über den 1. Oktober 2015 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus dem Unfallereignis vom 15. Mai 2015 zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 21. Juni 2017; Duplik vom 24. Juli 2017) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

E. Am 1. November 2017 nahm die Beschwerdeführerin zur Duplik und zur versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 14. Juli 2017 Stellung.

## 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 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 vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 1. März 2017 ist einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

2.1 Die Beschwerdeführerin rügt in formeller Hinsicht, die HDI habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie ihr die im Einspracheverfahren veranlasste Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. September 2016 vor Erlass des Einspracheentscheids vom 27. Januar 2017 weder zur Kenntnis gebracht noch Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt habe. Sollte sich diese Rüge als begründet erweisen, kann dies zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides führen, ohne dass die Angelegenheit materiell geprüft würde. Dieser Einwand ist deshalb vorab zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C\_951/2008, E. 3).

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

2.3 Es ist unbestritten, dass die HDI der Beschwerdeführerin vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 27. Januar 2017 den Bericht des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. September 2016 nicht zur Kenntnis brachte. Damit hat sie das rechtliche Gehör verletzt, wenn auch nicht derart schwerwiegend, dass eine Rückweisung zu nochmaligem Entscheid unter Einhaltung der verfahrensmässigen Anforderungen gerechtfertigt wäre. Die Rechtsprechung lässt eine Heilung einer nicht schwerwiegenden Gehörsverletzung – wovon im vorliegenden Fall auszugehen ist – dort zu, wo die betroffene Person die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 42 N 15 f.). Die Beschwerdeführerin konnte sich im vorliegenden Verfahren, in welchem das Kantonsgericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, zum Bericht des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. September 2016 äussern, weshalb die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt erachtet werden kann.

3. Materiell strittig ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen zu Recht per 30. September 2015 eingestellt hat.

4.1 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.

4.2 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 entfiel. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (vgl. Urteils des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C\_620/2015, E. 3.1). 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 blossen Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.3 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 Vorzustandes 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 leistungs begründende 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 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). 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).

4.4 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C\_326/2008). Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor und die Bestimmung ist daher nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip teilweise durchbrochen; der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann somit keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kau-

salzusammenhänge 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).

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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5.3 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publ. E. 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (HANS KIND, So entsteht ein

medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52).

6. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

7. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht allesamt gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.1 Im Bericht der Notfallstation des Spitals D.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2015 wurde ausgeführt, dass die Versicherte am 15. Mai 2015 eine Patellaluxation links erlitten habe. Die Patella sei noch vor Ort durch die Sanität reportiert worden. Es bestünde ein Status nach zweifacher Patellaluxation links 1998 und 2004. Hinweise auf eine ossäre Läsion gebe es nicht. Die Versicherte habe aktuell keine Schmerzen.

7.2 Im MRI-Bericht vom 21. Mai 2015 wurden ein Status nach lateraler Patellaluxation mit flakeförmiger Avulsionsfraktur am medialen Patellapol und vollständiger Ruptur des eingebluteten medialen patellofemorales Ligamentes, ein dysplastisches trochleares Gleitlager, intakte Menisci, Kreuzbänder sowie Kollateralbänder und der Bestand einer Baker-Zyste bestätigt.

7.3 Im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 wurde eine rezidivierende Patellaluxation links am 15. Mai 2015 diagnostiziert. Die Versicherte berichte, dass sie keine Beschwerden am Knie mehr habe. Sie sei aber sehr vorsichtig und wünsche eine definitive Versorgung. Bei rezidivierender Patellaluxation mit Trochleadysplasie Typ B sei eine Trochea-Rekonstruktion sowie eine Rekonstruktion des Medialen Patello-Femorales Ligaments (MPFL-Plastik) zu empfehlen.

7.4 Gemäss Operationsbericht vom 6. Oktober 2015 wurden am 2. Oktober 2015 im Spital D.\_\_\_\_ am linken Kniegelenk eine Trochleaversenkungs- und zudem eine MPFL-Plastik durchgeführt.

7.5 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge einen Bericht bei ihrem Vertrauensarzt Dr. C.\_\_\_\_ ein. Am 15. Januar 2016 hielt dieser fest, dass am 15. Mai 2015 eine traumatische Luxation des linken Knies stattgefunden habe. Es bestünde aber ein erheblicher krankhafter Vorzustand mit Trochleadysplasie Typ B, welcher bereits im Jahr 1998 eine Operation erfordert habe. Aufgrund des Vorzustands könne nicht von einer richtungsgebenden Verschlechterung

infolge des Ereignisses vom 15. Mai 2015 ausgegangen werden, sondern bloss von einer vorübergehenden Verschlimmerung. Der Eingriff für die definitive Versorgung am 2. Oktober 2015 sei als unfallfremd zu qualifizieren und der Status quo sine auf den 1. Oktober 2015 festzulegen.

7.6 Am 30. März 2016 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die vorbestehende leichtgradige Trochleadysplasie mit den rezidivierenden Patellaluxationen ein mitursächlicher Faktor gewesen sei. Gleichwohl bestünde bei stattgehabtem Sturz aus einem Meter Höhe mit direktem Aufprall auf die Knie-scheibe ein Unfallereignis, welches die krankhafte Problematik akut verschlimmert habe. Mit der Operation sei die Unfallfolge bei begleitender vorbestehender Problematik therapiert worden.

7.7 Am 20. September 2016 nahm Dr. C.\_\_\_\_ erneut Stellung. Er hielt fest, dass bei der Versicherten ein relevanter Vorzustand mit mehrfachen Patellaluxationen bei Trochleadysplasie Typ B bestünde. Hauptursächlich für die Luxation am 15. Mai 2015 sei nicht das Ereignis, sondern der krankhafte Vorzustand gewesen. Bereits am 30. Juli 2015 hätten bei der Versicherten keine frischen, unfallkausalen Beschwerden mehr vorgelegen. Folglich hätte der Status quo sine bereits per 30. Juli 2015 festgelegt werden können. Der operative Eingriff habe der Sanierung eines relevanten Vorzustandes gedient. Die Tatsache, dass die Versicherte zeitnah zum Ereignis vom 15. Mai 2015 in der MRI Untersuchung eine Baker-Zyste aufgewiesen habe, spreche ebenfalls gegen einen blanden Vorzustand. Eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes sei erstellt. Aufgrund der Akten sei aber davon auszugehen, dass nicht die Unfallfolgen, sondern die Trochleadysplasie Typ B Indikation zum operativen Eingriff am 2. Oktober 2015 gewesen sei. Folglich müsse der Status quo sine spätestens per Ende September 2015 festgelegt werden. Da die Unfallkausalität bereits vor der Operation am 2. Oktober 2015 nicht mehr gegeben gewesen sei, sei auch der Verlaufsbericht der behandelnden Ärzte vom 17. Dezember 2015 nicht Entscheid relevant. Da der präoperative Zustand nicht mehr erhoben werden könne, erübrige sich eine persönliche Untersuchung der Versicherten. Die Durchsicht der MRI-Bilder würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen. Aus dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 liesse sich keine richtungsgebende Verschlimmerung ableiten. Fakt sei, dass die Versicherte bereits am 30. Juli 2015 keine relevanten Kniebeschwerden mehr aufgewiesen habe.

7.8 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin einen weiteren Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2017 ein. Unter Hinweis auf die medizinische Literatur hielt er fest, dass bei der Versicherten unbestritten eine anlagebedingte Prädisposition vorliege. Diese sei die entscheidende Ursache für die Luxation. Nicht das Trauma selbst sei der entscheidende Faktor für die Luxation, sondern die Prädisposition. Das Ereignis vom 15. Mai 2015 sei lediglich teilkausal. Es sei korrekt, dass bei der Luxation vom 15. Mai 2015 eine Unfallkausalität anerkannt worden sei. Die durchgeführte Trocheoplastik habe der definitiven Versorgung des Knies gedient. Die MPFL-Plastik sei bloss ein Nebeneingriff gewesen. Würde die MPFL-Plastik alleine durchgeführt, wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit mit erneuten Luxationen zu rechnen. Unbestritten habe das traumatische Ereignis vom 15. Mai 2015 zur Luxation geführt. Daraus könne aber nicht geschlossen werden, dass das traumatische Er-

eignis ursächlich gewesen sei. Mit einer bildgebenden MPFL-Ruptur könne keine richtungsgebende Verschlechterung bewiesen werden. Die richtungsgebende Verschlechterung sei Folge der Erstluxation aufgrund der anlagebedingten Trochleadysplasie. Zwar komme es bei Luxationen häufig zu Bandverletzungen. Dies sei vorliegend aber irrelevant.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Einspracheentscheid vom 27. Januar 2017 in Bezug auf die Frage, ob zwischen dem Unfall vom 15. Mai 2015 und dem operativen Eingriff vom 2. Oktober 2015 ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, auf die Ausführungen ihres beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 und 20. September 2016. Sie ging demgemäss davon aus, dass die Beschwerden der Versicherten spätestens ab dem 1. Oktober 2015 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 15. Mai 2015 gestanden hätten und die operative Sanierung ausschliesslich wegen des anlagebedingten Vorzustandes erfolgt sei. Wie oben ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 5.2 hiavor). Solche Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Aktengutachten des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ ergeben sich mit Blick auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 30. März 2016. Während Dr. C.\_\_\_\_ – ohne über eine orthopädisch/rheumatologische Fachausbildung zu verfügen – davon ausging, dass der Status quo sine bereits per 30. Juli 2015 hätte festgelegt werden können, gelangte der behandelnde Facharzt Dr. E.\_\_\_\_ zur Auffassung, dass der stattgehabte Sturz aus einer Höhe von einem Meter mit direktem Aufprall auf die Kniescheibe die anlagebedingte Problematik akut verschlimmert habe und dass mit dem operativen Eingriff vom 2. Oktober 2015 die Unfallfolge bei begleitender vorbestehender Problematik therapiert worden sei. Bei dieser abweichenden fachärztlichen Beurteilung kommen in Bezug auf die Einschätzung des beratenden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ Zweifel auf. Ausserdem weckt seine Beurteilung in Bezug auf den Status quo sine vel ante – wohl gestützt auf die Aussage der Beschwerdeführerin in der Sprechstunde vom 30. Juli 2015 (vgl. Bericht vom 13. August 2015; E. 7.3 hiavor), wonach sie aktuell keine Beschwerden habe – weitere Zweifel an der Zuverlässigkeit des versicherungsinternen Aktengutachtens. Dies gilt umso mehr, als die Versicherte ihren Angaben zufolge sehr vorsichtig war und beim Sport oftmals ein „komisches“ Gefühl hatte. Da vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 und 20. September 2016 bestehen, kann nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.2 hiavor) nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen wären. Aus nachfolgenden Gründen kann vorliegend jedoch darauf verzichtet werden.

8.2 Die Beschwerdeführerin erlitt am 15. Mai 2015 einen Unfall, bei welchem sie sich eine Patellaluxation und zudem eine Ruptur des MPFL zuzog. Damit wirkten der Unfall und der Vorzustand derart zusammen, dass eine gemeinsame Verursachung des Gesundheitsschadens zu bejahen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Die Beschwerdegegnerin anerkannte denn auch zu Recht eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung

einer bestehenden anlagebedingten Trochleadysplasie Typ B und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Weiter ist ihr beizupflichten, wenn sie gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. C. \_\_\_\_ davon ausgeht, dass die Trocheoplastik primär wegen der Anlagestörung initiiert war. Zu beachten ist aber, dass im Rahmen des operativen Eingriffs vom 2. Oktober 2015 auch eine Rekonstruktion des MPFL vorgenommen wurde. Dass die MPFL-Ruptur eine Folge des Unfalls vom 15. Mai 2015 war und dieses Band ein wichtiger Stabilisator der Knie-scheibe ist, wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht in Frage gestellt. Ebenso wenig wurde vorgebracht, dass die durchgeführte MPFL-Plastik unnötig gewesen wäre. Auch wenn die Operation primär wegen der Anlagestörung vorgenommen wurde, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die MPFL-Plastik auch der (vorzeitigen) Beseitigung der Unfallfolgen diene, weshalb der Unfallversicherer gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG für die Kosten der Operation vom 2. Oktober 2016 und der anschliessenden zweckmässigen Behandlung aufzukommen hat. Dies gilt vorliegend umso mehr, als aufgrund der vorliegenden Akten nicht gesagt werden kann, die Operation vom 2. Oktober 2015 sei auch ohne den Unfall vom 15. Mai 2015 überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden.

8.3 Nach dem Gesagten lässt die medizinische Aktenlage nicht darauf schliessen, dass der Unfall vom 18. Mai 2015 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 1. Oktober 2015 jede – auch nur teilweise – kausale Bedeutung verloren hatte. Demnach ist die Beschwerdegegnerin verpflichtet, über den 30. September 2015 hinaus bis zum Behandlungsabschluss der Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem die Beschwerdeführerin obsiegt hat, hat sie Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 23. November 2017 einen Zeitaufwand von 18,42 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zweifachen Schriftenwechsels nicht zu beanstanden ist. Die zeitlichen Bemühungen sind zu dem seit dem 1. Januar 2004 in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 91.--. Somit ist der Beschwerdeführerin für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'071.65 (18,42 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 91.-- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 27. Januar 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen über den 30. September 2015 hinaus auszurichten.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'071.65 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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