



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Juni 2016 (725 16 42)

Unfallversicherung

Die Einstellung der gesetzlichen Leistungen vier Wochen nach dem Unfall durch die Unfallversicherung war nicht rechtens

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz,
Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien A._____, Beschwerdeführer

gegen

Helsana Unfall AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 A._____ arbeitet seit dem 1. August 2009 als Sachbearbeiter bei der B._____ und war aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses bei der Helsana Unfall AG (Versicherung) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung der Arbeitgeberin vom 15. Juni 2015 stürzte der Versicherte am 12. Juni 2015 auf das rechte Knie und zog sich eine Prellung desselben zu. Der in der Folge aufgesuchte Dr. med. C._____, FMH Orthopädische Chirurgie, Klinik D._____, diagnostizierte am 24. Juni

2015 eine aktivierte Gonarthrose und einen Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion rechts. Dr. med. E.____, FMH Radiologie, hielt in seinen Berichten vom 24. und 25. Juni 2015 nach durchgeführtem MRI fest, dass keine Hinweise auf eine frische traumatische ossäre Läsion vorliegen würden. Hingegen nannte er eine Läsion des lateralen Meniskus im Vorderhorn und im lateralen Drittel, ein verkürztes Hinterhorn, ein fehlendes mediales Drittel des medialen Meniskus, eine Läsion des medialen Seitenbandes am Ansatz zum Femur im anterioren und mittleren Anteil und eine schwere mediale Femorotibialarthrose. Am 22. Juli 2015 nahm Dr. D.____ eine arthroskopische totale mesorektale Exzision (TME) lateral und ein Débridement am rechten Knie des Versicherten vor.

A.2 Der beratende Arzt der Versicherung Prof. Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Beurteilung vom 5. August 2015 fest, dass der Status quo sine am 10. Juli 2015 erreicht worden sei. Dementsprechend teilte die Versicherung A.____ am 14. August 2015 mit, dass sie die gesetzlichen Leistungen bis 10. Juli 2015 erbringen werde. Mit Verfügung vom 2. September 2015 lehnte sie den Leistungsanspruch von A.____ für die nach dem 10. Juli 2015 entstandenen Kosten ab, weil ab diesem Zeitpunkt der Status quo sine erreicht gewesen sei. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 12. Januar 2016 fest.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____ am 9. Februar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte sinngemäss, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2016 aufzuheben und diese zu verpflichten sei, für die Folgen der Knieverletzung vom 12. Juni 2015 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

C. Am 24. März 2016 ging die Beschwerdeantwort der Versicherung ein. Sie beantragte unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid vom 12. Januar 2016 die Abweisung der Beschwerde.

D. Der Beschwerdeführer reichte am 27. Mai 2016 eine Stellungnahme der Klinik D.____ vom 22. März 2016 ein. Er machte sinngemäss geltend, dass das Verhalten der Versicherung willkürlich sei, weil sie erst nach erfolgter Operation entschieden habe, ob ein Unfall vorliege. Die Beschwerdegegnerin führte dazu am 14. Juni 2016 aus, sie habe der Klinik D.____ bereits vor der Operation mitgeteilt, dass vorläufig keine Kostengutsprache erteilt werden könne.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung**

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2. Im vorliegenden Fall hat die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 12. Juni 2015 grundsätzlich anerkannt. Unbestritten steht auch fest, dass durch den Unfall die vorbestehende, degenerative Gonarthrose am rechten Knie aktiviert und vorübergehend eine

Verschlimmerung verursacht hat. Strittig ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen zu Recht per 10. Juli 2015 eingestellt hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 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% 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% 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).

3.2 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 und 3.2). 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 entfiere (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 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 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 (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 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser 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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (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).

3.4 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2014, 8C_637/2013, E. 2.3.2).

4.1 Die rechtsanwendende Behörde ist zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG] vom 6. Oktober 2000) - 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 Darle-

gung 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).

4.2 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 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung der umstrittenen Fragen sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

5.2 Dr. C.____ diagnostizierte am 24. Juni 2015 eine aktivierte Gonarthrose und einen Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion rechts. Der Versicherte sei auf der nassen Tramschiene gestürzt und habe sich ein Rotationstrauma des rechten Knies mit sofortigen medial betonten Schmerzen und einer leichten Schwellung zugezogen. Seither bestünden persistierende belastungsabhängige Schmerzen, teilweise auch nächtliche lageabhängige Ruheschmerzen. Der Befund lautete dahingehend, dass sich das Knie reizlos mit fraglich diskretem Erguss zeige. Zudem lägen eine deutliche Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt und eine medial schmerzhaft flektierte Rotation vor. In der Belastung präsentiere sich eine Varisierung des Kniegelenks, der Bandapparat sei jedoch stabil. Die Röntgenaufnahmen hätten einen aufgehobenen medialen Gelenkspalt bei massiver Arthrose gezeigt. In der Beurteilung führte Dr. D.____ aus, dass eine bekannte Gonarthrose vorläge, die sicher durch den Sturz aktiviert worden sei. Dazu fänden sich auch meniskale Symptome mit belastungsabhängigen Schmerzen und einem subjektiv blockadeähnlichen Phänomen.

5.3 Der Radiologe Dr. E.____ hielt am 24. Juni 2015 fest, dass eine schwere Femorotibialarthrose bei fehlendem Gelenkspalt vorliege. Weiter führte er aus, dass eine wenig ausgeprägte laterale Femorotibialarthrose, deutliche Randosteophyten am medialen Tibiaplateau sowie eine mittelschwere bis schwere Femorotibialarthrose mit Randosteophyten an der Patella und am oberen Rand des femoralen Patellagleitlagers bestünden. Die Patella sei zentriert und es läge kein Nachweis frischer traumatischer ossärer Läsionen vor.

5.4 Der Beschwerdeführer unterzog sich zwecks Klärung einer allfälligen Meniskusläsion am 25. Juni 2016 einer MRI-Untersuchung. Dr. E.____ hielt zu den Untersuchungsergebnissen zusammenfassend fest, dass eine Läsion des lateralen Meniskus im Vorderhorn und im lateralen Drittel, ein verkürztes Hinterhorn und ein fehlendes mediales Drittel des medialen Meniskus,

eine Läsion des medialen Seitenbandes am Ansatz zum Femur im anterioren und mittleren Anteil sowie eine schwere Femorotibialarthrose vorlägen.

5.5 Im Operationsbericht vom 22. Juli 2016 führte Dr. C.____ zusammengefasst aus, dass die lädierten Meniskusanteile im lateralen Vorderhornbereich mit dem Synovial Resektor abgetragen worden seien und der Knorpel am medialen Femurkondylus mit dem Synovial Resektor ausgeglättet worden sei.

5.6 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Prof. Dr. F.____ liess am 5. August 2016 verlauten, dass die erhobenen Befunde und die Operation vom 22. Juli 2015 zumindest möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 12. Juni 2016 stünden. Durch die gesamte Dokumentation ziehe sich aber das Thema der bekannten Arthrose, die durch das Unfallereignis akzentuiert worden sei. Die Frage der Unfallversicherung, ob unfallfremde Faktoren vorlägen, bejahte Prof. Dr. F.____ und wies auf die Gonarthrose rechts hin. Auch im lateralen Kompartiment würden erhebliche Schäden beschrieben und der Röntgenbefund äussere das Vorliegen von Osteophyten. Die Beschwerden bezeichnete Prof. Dr. F.____ als vorübergehende Verschlimmerung und der Status quo sine sei zum Zeitpunkt des Kostengutsprachege suchs der Klinik D.____ am 10. Juli 2015 erreicht worden.

5.7 Im Schreiben vom 20. August 2015 bezeichnete Dr. C.____ die Einstellung der Leistungen per 10. Juli 2015 als willkürlich. Durch die Operation sei der beschwerdefreie Zustand praktisch wieder hergestellt worden. In der Folge ersuchte die Beschwerdegegnerin erneut ihren beratenden Arzt Prof. Dr. F.____ um eine Stellungnahme. Dieser hielt am 28. Oktober 2015 an seinen Feststellungen vom 5. August 2015 fest. Er betonte, dass aufgrund der Arztberichte der Schluss zu ziehen sei, dass die Gonarthrose bereits vor dem Trauma am 12. Juni 2015 bekannt gewesen sei. Dabei sei aus der Literatur bekannt, dass auch schwere Gonarthrosen relativ lange eher symptomarm bleiben könnten, um dann plötzlich "umzukippen" oder, wie auch Dr. C.____ bestätige, in das aktivierte Stadium überzugehen. Dieser Wechsel könne aber auch ohne äussere Einwirkung vonstattengehen. Im vorliegenden Fall adressiere der arthroskopische Eingriff eindrücklich die beschriebenen arthrotischen Schäden und keine eindeutigen Traumafolgen. Das Modell der aktivierten Gonarthrose weiter verfolgend wäre im Spontanverlauf - d.h. auch ohne Operation - mit einer rückläufigen Symptomatik der Arthrose zu rechnen gewesen. Bezüglich des zeitlichen Ablaufes nach einer Kniedistorsion sei auf den Reintegrationsleitfaden "Unfall" zu verweisen. In diesem werde betreffend Behandlungsdauer bzw. Arbeitsunfähigkeit ein Zeitraum von bis 8 Wochen bei nachgewiesenen Verletzungen angegeben. Insofern sei am Festlegen eines Status quo sine am 10. Juli 2015 nichts Grundsätzliches auszusetzen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Einspracheentscheid vom 12. Januar 2016 auf die Ausführungen von Prof. Dr. F.____ vom 5. August 2015 und 28. Oktober 2015. Sie kommt dabei zum Schluss, dass in Bezug auf die Kniebeschwerden rechts der Status quo ante am 10. Juli 2015 erreicht worden sei, weshalb sie ab diesem Zeitpunkt keine Leistungen mehr schulde.

6.2.1 Dieser Auffassung kann aus nachfolgenden Gründen nicht gefolgt werden. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Prof. Dr. F.____ als beratender Arzt ein verwaltungsinterner Arzt ist. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seines Konsiliarberichts, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4 i.f., je mit Hinweisen). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. Prof. Dr. F.____ hat sich in seinen Stellungnahmen vom 5. August 2015 und 28. Oktober 2016 aus medizinischer Sicht einzig zur Gonarthrose geäussert, welche durch den Unfall vom 12. Juni 2015 unbestrittenermassen (vorübergehend) verschlimmert wurde. Dabei übersah er jedoch, dass sowohl Dr. C.____ wie auch Dr. E.____ in ihren Berichten neben dieser Diagnose auch meniskale Symptome und eine Läsion des medialen Seitenbandes beschrieben haben. Dem Operationsbericht von Dr. C.____ vom 22. Juli 2016 ist denn auch zu entnehmen, dass es bei der Knieoperation in erster Linie um die Abtragung der lädierten Meniskusanteile ging. Dazu äussert sich Prof. Dr. F.____ nicht, weshalb seine Einschätzung lückenhaft ist. Zudem leuchtet die von ihm vorgenommene Beurteilung insofern nicht ein, als er die Einstellung der gesetzlichen Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 10. Juli 2016 - also knapp 4 Wochen nach dem Unfall - als rechtens erachtet. Andererseits verweist er auf den Re-Integrationsleitfaden Unfall, der bei Knieverletzungen der vorliegenden Art von einer Behandlungsdauer von bis zu 8 Wochen ausgeht. Aufgrund der nicht überzeugenden Beurteilung von Prof. Dr. F.____, welche überdies in Widerspruch zur Auffassung der behandelnden Ärzte Dr. C.____ und Dr. E.____ steht, erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Aus nachfolgenden Gründen kann jedoch auf weitere Abklärungen verzichtet werden.

6.2.2 Der Beschwerdeführer stürzte am 12. Juni 2015 auf das rechte Knie. Im Nachgang zu diesem Ereignis manifestierten sich starke Schmerzen und Beschwerden. Ob diese nun auf die aktivierte Gonarthrose oder den Meniskusschaden oder die Bandläsion zurückzuführen sind, spielt aus Sicht der Unfallversicherung letztlich keine Rolle, reicht doch für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs und damit für ihre Leistungspflicht bereits die Teilursächlichkeit des Unfalls aus (vgl. oben E. 3.3 f.). Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 12. Juni 2015 anfänglich anerkannt und Leistungen erbracht. Aufgrund der vorstehenden Ausführungen obliegt es ihr weiter nachzuweisen, dass der Status quo sine am 10. Juli 2015 erreicht war und die Kausalität weggefallen ist (vgl. oben E. 3.3). Dieser Beweis gelingt ihr jedoch nicht. Gemäss den vorliegenden medizinischen Unterlagen kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die Beschwerden im rechten Knie per 10. Juli 2015 gebessert hätten bzw. der Status quo sine eingetreten ist. Gegen diese Einschätzung spricht die Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich am 22. Juli 2015 einer Knieoperation unterziehen musste. In der Folge wurde er von Dr. C.____ noch bis 1. August 2015 krankgeschrieben (Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 21. Juli 2015). Vor diesem Zeitpunkt kann daher entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einer Besserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, welcher zu einer Einstellung der Leistungen per 10. Juli 2015 berechtigen würde.

6.3 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet ist, auch über den 10. Juli 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und insbesondere die Kosten für die am 22. Juli 2015 durchgeführte Arthroskopie am rechten Knie und die mit diesem

Eingriff zusammenhängen Arbeitsunfähigkeit zu tragen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen.

7. 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. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Januar 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auch für die nach dem 10. Juli 2015 entstandenen Kosten für den arthroskopischen Eingriff vom 22. Juli 2015 und die anschliessende Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. August 2015 leistungspflichtig ist.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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