



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. September 2016 (725 16 52 / 215)

Unfallversicherung

Die Angelegenheit ist zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

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

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal

Betreff Leistungen

A. Die 1969 geborene A.____ arbeitete seit Januar 2009 bei der Basellandschaftlichen Kantonalbank und war damit bei der Basler Versicherung AG (BASLER) unfallversichert. Am 5. Mai 2009 erlitt A.____ nach einem Fehltritt beim Trampolinspringen eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) am linken Knie. Am 16. Juni 2009 wurde eine Arthroskopie, eine VKB-Rekonstruktion sowie eine partielle mediale Meniskektomie am linken Knie von A.____ vorge-

nommen. Die Rehabilitation verlief problemlos. Die Basler Versicherung AG (BASLER) erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) bis zur Wiederherstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit per 20. Juli 2009.

Am 4. Februar 2014 erstattete A._____ wegen erneuter Kniebeschwerden eine Rückfallmeldung. Nach Vornahme der medizinischen Abklärungen lehnte die BASLER eine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall mit Verfügung vom 22. April 2015 ab. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die BASLER mit Entscheid vom 14. Januar 2016 ab.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, mit Schreiben vom 15. Februar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auch für den Rückfall vom 14. Januar 2014 zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. März 2015 beantragte die BASLER, vertreten durch Advokat Dr. Manfred Bayerdörfer, die Abweisung der Beschwerde.

D. A._____, wiederum vertreten durch Daniel Altermatt, hielt mit Replik vom 20. Juni 2016 an ihren Rechtsbegehren fest.

E. Mit Schreiben vom 14. Juli 2016 hielt die BASLER durch ihren Rechtsvertreter an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

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 B._____, 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.

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 Unfalls 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).

2.2 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. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3. Zwischen den Parteien ist vorweg strittig und zu prüfen, ob die im Jahr 2009 festgestellte und am 16. Juni 2009 arthroskopisch behandelte Meniskusläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Ereignisses vom 5. Mai 2009 (Fehltritt beim Trampolinspringen) darstellt. Sollte diese Frage bejaht werden, wäre zusätzlich zu prüfen, ob auch die Kausalität zwischen der damals erlittenen Meniskusläsion und den nun geltend gemachten Kniebeschwerden (Rückfallmeldung vom 4. Februar 2014) zu bejahen ist. Unbestritten ist dagegen, dass die vorliegend zur Diskussion stehenden Kniebeschwerden nicht auf die damals (5. Mai 2009) erlittene Ruptur des vorderen Kreuzbandes bzw. auf die erfolgreich verlaufene Bandrekonstruktion zurückzuführen sind.

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 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 (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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 4.1 hiervor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie insbesondere 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).

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 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6. Für die Beurteilung der Unfallkausalität sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

6.1 Aus dem Verlaufseintrag von PD Dr. med. C.____, FMH Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie, Hirslandenklinik, vom 5. Mai 2009 ergeben sich folgende Diagnosen: Verdacht auf VKB-Läsion, mediale Meniskusläsion und Zerrung des medialen Seitenbandes Knie links nach Hyperextensions-Valgisationstrauma vom 5. Mai 2009.

6.2 Am 6. Mai 2009 hielt PD Dr. C.____ eine VKB-Ruptur nach Hyperextensionstrauma vom 5. Mai 2009 sowie eine vertikale Rissbildung am Hinterhorn des medialen Meniskus, Knie links, fest. In seinen Angaben zum Prozedere führte er unter anderem aus, aufgrund der sportlichen Aktivität einerseits und der Begleitverletzungen mit Knorpelläsionen am medialen Femurkondylus sowie einer Hinterhornläsion des medialen Meniskus, welche vermutlich nicht durch den Unfall indiziert worden sei, sei die Indikation zur VKB-Rekonstruktion gegeben.

6.3 Im Arthroskopie- und Operationsbericht vom 16. Juni 2009 führte PD Dr. C.____ im Wesentlichen aus, es zeige sich ein femoral abgerissenes vorderes Kreuzband und ein dorsal abgerissener Lappenriss; die Risszone lasse sich wohl nähen, werde aber nicht anheilen. Des-

halb werde entschieden, eine sparsame Teilmeniskektomie durchzuführen. Die eher degenerativ aussehenden Knorpelschäden am Kondylus gegen die Notch hin würden unberührt gelassen. Gegen das laterale Vorderhorn hin zeige sich eine Knorpelläsion Grad I-II.

6.4 Nachdem sich die Beschwerdeführerin fünf Jahre später wegen erneuten Schmerzen im Knie wieder in ärztliche Behandlung begeben hat, berichtete Dr. med. D.____, FMH Radiologie, am 27. Januar 2014 von einer MRI-Untersuchung. Er führte dazu aus, dass eine intakte Plastik des vorderen Kreuzbandes sichtbar sei. Ferner würden eine Chondropathie bis 3° medial femoropatellar und an der Patella medial, eine mediale Meniskusextrusion, am Hinterhorn eine Fissur und zur Wurzel hin eine komplexere Degeneration und ausserdem ein Kapselschaden, vermutlich Narbenbildung medial, vorliegen.

6.5 Am 25. Februar 2014 wurde eine Dreiphasenskelettszintigraphie mit SpectCT angefertigt. In der Beurteilung hielt Dr. med. E.____, FMH Radiologie, fest, dass deutliche Zeichen einer medialen Überlastung mit Aktivierung des medialen Kompartiments im linken Knie sichtbar seien, ferner eine geringgradige leicht aktivierte medialbetonte Femoropatellararthrose.

6.6 In seinen Berichten vom 30. April, 15. Mai und 1. Juli 2014 führte PD Dr. C.____ aus, dass die Überlastung des medialen Kompartiments klar die Folge der Knieverletzung und der medialen Teilmeniskektomie bei Status nach Knieverletzung vor Jahren und nachfolgender Operation sei. Es werde daher eine Rückfallmeldung an die Unfallversicherung erfolgen.

6.7 Die BASLER beauftragte nach erfolgter Rückfallmeldung Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit der Erstellung eines Aktengutachtens zur Frage der Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden. Mit Gutachten vom 20. März 2015 gelangte Dr. F.____ zum Ergebnis, dass sowohl degenerative Veränderungen am Innenmeniskus-Hinterhorn als auch an den Gelenkflächen des linken Knies überwiegend wahrscheinlich vorbestehend gewesen seien. Dies ergebe sich aus der MRI-Untersuchung vom 6. Mai 2009 sowie aus der Operation vom 16. Juni 2009. Bei der Operation habe man zusätzlich den leichten offenbar ebenfalls degenerativen Schaden am Vorderhorn des Aussenmeniskus gefunden. Die vorbestehenden degenerativen Veränderungen am Innenmeniskus würden sich bei den bildtechnischen Nachuntersuchungen im Jahre 2014 stärker ausgeprägt zeigen als 2009. Diese Veränderungen seien offensichtlich der Auslöser für die erneuten Beschwerden im Januar 2014 gewesen. Unfallkausal sei einzig die Ruptur des vorderen Kreuzbandes gewesen. Die bei der Operation im Jahr 2009 eingesetzte Kreuzbandplastik sei aber nach wie vor intakt und ohne kausalen Konnex zu den heutigen Beschwerden. Es sei zwar richtig, dass durch die Teilentfernung des Innenmeniskus das Fortschreiten von degenerativen Prozessen im Kniegelenksbereich gefördert werden könne. Da aber der Lappenriss des Innenmeniskus-Hinterhornes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als vorbestehender Schaden anzusehen sei, hätten im Januar 2014 und auch später keine sonstigen unfallbedingten und behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen vorgelegen.

6.8 PD Dr. C.____ nahm mit Schreiben vom 9. Juni 2015 zum Gutachten von Dr. F.____ zu Handen der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin Stellung. Die Frage, ob er

sich Dr. F.____ anschliessen könne, müsse er verneinen. Zur Begründung führte er einerseits den Operationsbericht vom 16. Juni 2009 an. Die damals vorliegende Knorpelläsion habe sich eindeutig am medialen Femurkondylus an dem Teil befunden, der mit der medialen Eminentia artikuliert sei, also nicht in der eigentlichen Belastungszone, die mit dem medialen Meniskus artikuliere. Heute, sechs Jahre später, würden sich Knorpelläsionen und eine mediale Überlastung genau in der Zone finden, in der der mediale Meniskus funktionell nach der medialen Teilmeniskektomie fehle. Andererseits zeige das SpectCT vom 25. Februar 2014 eine punktuelle Überlastung genau in der Zone, in der durch den Unfall der Meniskus verletzt und leider zum Teil vor sechs Jahren habe entfernt werden müssen. Diejenige Zone, die damals die Knorpelschäden gezeigt habe, nämlich am medialen Femurkondylus gegen die Eminentia hin, sei biologisch vollständig ruhig.

6.9 In seinem ergänzenden Gutachten vom 18. Dezember 2015 nahm Dr. F.____ zu den Ausführungen von PD Dr. C.____ Stellung und führte im Wesentlichen aus, dass dieser den Lappenriss am Meniskus im Jahr 2009 selbst als vermutlich degenerativ bedingt beurteilt habe. Der Lappenriss sei noch kein Beweis dafür, dass der Riss unfallbedingt aufgetreten sei. Es sei zwar plausibel, dass die heutigen Knorpelschäden auf die Teilentfernung des Innenmeniskus zurückzuführen seien, da die Teilentfernung aber überwiegend wahrscheinlich wegen eines degenerativen und nicht unfallbedingten Meniskusschadens erfolgt sei, stünden die heutigen Beschwerden in keinem kausalen Zusammenhang mit dem damaligen Unfallschaden.

6.10 Prof. C.____ führte mit Schreiben vom 30. Juni 2016 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus, er habe die Äusserung seiner Assistenzärztin im Anschluss an die ambulante Kontrolle auf der Notfallstation am 6. Mai 2009, dass eine Hinterhornläsion des medialen Meniskus vorliege, welche vermutlich nicht durch den Unfall indiziert worden sei, dummerweise mitunterzeichnet. Im MRT vom 6. Mai 2009 sei vom Radiologen eine klaffende vertikale Rissbildung des Hinterhornes des medialen Meniskus beschrieben worden. Entscheidender und sehr viel aussagekräftiger als ein radiologischer Befund und eine Vermutungsäusserung einer Assistenzärztin auf der Notfallstation seien arthroskopische Bilder. Auf diesen sei ein klaffender Lappenriss erkennbar. Eine derartige Rissbildung unterscheide sich grundlegend von einer degenerativen Läsion. Sowohl der MRT-Befund als auch der intraoperative Arthroskopie-Befund würden klar in Richtung einer traumatischen Läsion weisen.

7.1 Die vorliegenden ärztlichen Berichte decken sich dahingehend, dass die aktuellen Schmerzen durch eine Überlastung des medialen Kompartiments verursacht werden und dass diese Überlastung auf die Teilentfernung des Innenmeniskus im Jahr 2009 zurückzuführen sei.

Strittig bleibt die Kernfrage, ob die Meniskektomie im Jahr 2009 wegen einer Unfallschädigung des Meniskus oder wegen einer vorbestehenden degenerativen Schädigung indiziert war. In dieser Frage gehen die Einschätzungen von Dr. F.____ und Prof. C.____ diametral auseinander. Dr. F.____ begründet die vorbestehende degenerative Schädigung damit, dass im Bericht von Prof. C.____ vom 6. Mai 2009 ebenfalls von einem vermutlich nicht unfallindizierten Riss ausgegangen werde und dass auch in anderen Bereichen des Gelenks degenerative Knorpelschäden sichtbar seien. Prof. C.____ entgegnet, dass die Vermutungsäusserung von einer As-

sistenzärztin stamme und unzutreffend sei; vielmehr sei aufgrund der Rissbildung, wie sie sich auf dem MRT und den Arthroskopie-Bildern präsentiere, klar von einer traumatischen Läsion auszugehen. Beide Seiten verweisen ausserdem auf Literaturhinweise. Dr. F.____ führt einen Artikel über Meniskuserkrankungen an, demzufolge degenerative Meniskusverletzungen am häufigsten zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr beobachtet würden. Dabei handle es sich um einen vorzeitigen Verschleiss ohne nachweisbares Trauma, begleitet von Horizontal-, Lappen- oder Komplexrissen. Prof. C.____ verweist auf ein Lehrbuch zur MRT-Differentialdiagnostik, in welchem ausgeführt wird, dass sich traumatische und degenerative Risse gut differenzieren liessen. Traumatische Risse würden sich bevorzugt bei jüngeren Patienten nach einem adäquaten Trauma finden lassen und seien charakteristischerweise vertikal ausgerichtet. Degenerative Risse würden eher bei älteren Patienten in Verbindung mit arthrotischen Strukturalterationen des Kniegelenkes auftreten und seien aufgrund der erhöhten Vulnerabilität des degenerierten Meniskusgewebes eher horizontal ausgerichtet.

7.2 Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Ereignisses im Mai 2009 40-jährig und damit noch nicht eindeutig als ältere Person im medizinischen Sinne zu qualifizieren. Ferner wurde der Meniskusschaden im Anschluss an einen Unfall diagnostiziert und ausserdem ist der Einriss am Meniskus vertikal, was ebenfalls für eine unfallkausale Schädigung spricht. Eher auf eine degenerative Schädigung weist die Tatsache hin, dass andere Teile des Gelenks bereits damals degenerative Knorpelschäden aufgewiesen haben. Zudem gibt es offensichtlich auch Lappenrisse, die degenerativ bedingt sind. Prof. C.____ begründet die Unfallkausalität nun hauptsächlich damit, dass auf dem MRT und den Arthroskopie-Bildern der unfalltypische Charakter der Rissbildung klar erkennbar sei und Dr. F.____ die Bilder selbst nicht gesehen habe, sondern sich ausschliesslich auf die Befundung der Bilder abgestützt habe. Dies wird von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten. Sollte nun Dr. F.____ tatsächlich die Bilder selbst nicht gesehen haben, wovon ausgegangen werden muss, und sollte es grundsätzlich – wie behauptet – möglich sein, anhand des vorhandenen bildgebenden Materials die Genese dieser Schädigung zu eruieren, so liegt ein Abklärungsdefizit in Bezug auf den wesentlichen medizinischen Sachverhalt vor. Folglich ist bei der vorliegenden Sachlage nicht auszuschliessen, dass mit weiteren Abklärungen zusätzlich relevante Erkenntnisse zur Unfallkausalität zu gewinnen sind.

8. Insgesamt ergibt sich somit, dass bei der vorliegenden Sachlage der Fall an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese bei einem versicherungsexternen Orthopäden ein Gutachten zur Abklärung der möglichen Unfallkausalität einholt. In diesem Sinne ist die vorliegende Beschwerde gutzuheissen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

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

9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin als obsiegende Partei ist demnach eine Par-

teientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 8. August 2016 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 11.75 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 78.50. Ebenso sind die der Beschwerdeführerin entstandenen Kosten für das Honorar von Prof. C._____ für dessen Bericht vom 30. Juni 2016 in der Höhe von Fr. 200.-- zu ersetzen. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 3'457.25 (11.75 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 78.50 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer und Fr. 200.-- für den Bericht von Prof. C._____ vom 30. Juni 2016) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Basler Versicherung AG vom 14. Januar 2016 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Basler Versicherung AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'457.25 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer auf den Betrag von Fr. 3'016.--) zu bezahlen.

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