



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. Januar 2022 (725 21 165 / 01)

Unfallversicherung

Leistungspflicht für einen Rückfall / Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem damaligen Ereignis und den nun geltend gemachten Beschwerden muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Isabelle Emmel, Advokatin, Falknerstrasse 36, Postfach 191, 4001 Basel

gegen

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

Betreff Leistungen

A. Die 1980 geborene A.____ war seit 1. September 2017 als Schadensachbearbeiterin bei B.____ angestellt und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 4. Oktober 2017 liess A.____ der Helsana durch ihre Arbeitgeberin einen Unfall melden. Gemäss den Angaben im Formular "Bagatellunfall-Meldung UVG" sei die Versicherte am 1. September 2017 "beim

Off-Road-Joggen auf einen im Gras liegenden Apfel getreten"; dabei habe sie sich den Fuss verstaucht. Am 2. Oktober 2017 hatte A.____ deswegen die Praxis C.____ in X.____ aufgesucht, wo ein Verdacht auf eine Bandzerrung des rechten Fusses, Innenknöchel, diagnostiziert wurde. Als objektive Befunde wurden im Behandlungseintrag vom genannten Tag "keine Schwellung", jedoch eine "Druckdolenz Mitte der Querwölbung bei Knickplattfuss" festgehalten. Der Versicherten wurden eine Sprunggelenkorthese und Physiotherapie verordnet. Die Helsana kam für diese Behandlungskosten auf.

Am 13. Oktober 2020 teilte A.____ der Helsana telefonisch mit, dass sie seit einiger Zeit wieder vermehrt Beschwerden habe. Sie habe sich deswegen in ärztliche Behandlung begeben. Die Helsana stellte der Versicherten daraufhin den "Fragebogen: Rückfall" zu. Nachdem A.____ der Helsana am 21. Oktober 2020 ihre Antworten hatte zukommen lassen, nahm diese medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf deren Ergebnisse lehnte sie mit Verfügung vom 30. November 2020 eine Leistungspflicht für den Rückfall mit der Begründung ab, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem damaligen Ereignis und den nun geltend gemachten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 19. April 2021 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Isabelle Emmel, am 25. Mai 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin aufzuheben und es sei diese zu verpflichten, ihr "die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG" im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. September 2017 zu erbringen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neu Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 10. August 2021 beantragte die Helsana die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 30. November 2021 liess die Versicherte dem Kantonsgericht einen Operationsbericht der Klinik D.____ vom 24. November 2021 zukommen. Mit Begleitschreiben vom 23. Dezember 2021 reichte die Beschwerdegegnerin hierzu eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Prof. Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 22. Dezember 2021 ein.

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 F. ____ (BL), 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 der Versicherten vom 25. Mai 2021 ist demnach einzutreten.

2.1 In der obligatorischen Unfallversicherung werden nach Art. 6 Abs. 1 UVG, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt. Dabei handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt.

3. Wie eingangs erwähnt, erlitt die Beschwerdeführerin am 1. September 2017 einen Unfall. Dieser zog keine Arbeitsunfähigkeit nach sich und der Versicherten mussten zur Behandlung der Unfallfolgen lediglich eine Sprunggelenkorthese und zwei Tranchen Physiotherapie verordnet werden. Die Helsana übernahm nach Eingang der Unfallmeldung die Kosten der genannten Behandlung. Im Oktober 2020 informierte die Beschwerdeführerin die Helsana, dass sie seit einiger Zeit wieder vermehrt Beschwerden habe. Sie habe sich deswegen in ärztliche Behandlung begeben. Die Beschwerdegegnerin nahm diese Mitteilung als Rückfallmeldung zum Unfallereignis vom 1. September 2017 entgegen und prüfte und beurteilte ihre Leistungspflicht unter diesem Aspekt. In der vorliegenden Beschwerde macht die Versicherte nun allerdings geltend, sie sei seit dem Unfallereignis vom 1. September 2017 nie ganz beschwerdefrei gewesen und habe die in der Physiotherapie erlernten Übungen regelmässig ausgeübt. Soweit die Beschwerdeführerin mit diesem Einwand geltend machen will, ihr Leistungsanspruch sei deswegen unter dem Grundfall und nicht als Rückfall zu beurteilen, kann ihr nicht gefolgt werden. Die Helsana hatte den Grundfall anfangs März 2018 nach Beendigung der zweiten Tranche Physiotherapie stillschweigend abgeschlossen, nachdem damals keine weiteren ärztlichen Behandlungen erforderlich waren. Dass der Unfallversicherer den Fall auf diese (formlose) Art erledigte, ist durchaus nachvollziehbar, wenn man sich vor Augen hält, dass es sich beim Er-

eignis vom 1. September 2017 um einen vergleichsweise harmlosen Unfall handelte, der keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte und der zudem eine lediglich kurze und wenig aufwändige medizinische Behandlung nach sich zog. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren der Versicherten vom 21. Oktober 2020 aber zu Recht als Rückfallmeldung behandelt.

4. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der Rückfallmeldung der Versicherten vom 21. Oktober 2020 zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 1. September 2017 abgelehnt hat.

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 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. 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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). 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 102 E. 5b/bb).

4.3 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserhebli-

chen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

4.4 Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass Rückfälle begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

5.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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; 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 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 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis).

6.1 Zum ursprünglichen Unfallereignis vom 1. September 2017, bei welchem die Versicherte gemäss den Angaben in der Bagatellunfall-Meldung "beim Off-Road-Joggen auf einen im Gras liegenden Apfel getreten" war und sich dabei den rechten Fuss verstaucht hatte, findet sich in den medizinischen Akten lediglich ein einzelnes echtzeitliches Dokument. Es handelt sich um den Auszug der Behandlungseinträge der Praxis C.____ in X.____, welche die Versicherte am 2. Oktober 2017 wegen des genannten Ereignisses aufgesucht hatte. Laut Eintrag vom genannten Tag wurde vom erstbehandelnden Arzt ein Verdacht auf eine Bandzerrung des rechten Fusses, Innenknöchel, diagnostiziert. Als objektive Befunde wurden "keine Schwellung", jedoch eine "Druckdolenz Mitte der Querwölbung bei Knickplattfuss" festgehalten. Zum Unfallhergang lässt sich dem Behandlungseintrag Folgendes entnehmen: "Mehrfach verstaucht bei Joggen und Basketball, noch immer Ziehen, gestern gewandert, plötzlicher Stich im rechten OSG, heute wieder besser". Die Praxis C.____ gab der Versicherten eine Sprunggelenkorthese ab und verordnete ihr am 17. Oktober 2017 Physiotherapie.

6.2 Da die Beschwerdeführerin laut ihrer Schilderung "seit einiger Zeit wieder vermehrt Beschwerden" hatte (vgl. Gesprächsnotiz der Helsana vom 13.10.2020, Akte K2), begab sie sich Ende September 2020 bei med. pract. G.____ in ärztliche Behandlung. Diese überwies die Versicherte zur weiteren Abklärung an die "Fuss-Sprechstunde" der Klinik H.____. Im entsprechenden Überweisungsschreiben vom 29. September 2020 hielt pract. med. G.____ folgende

Diagnosen fest: "Chronische OSG-Schmerzen rechts medial und lateral bei rezidivierenden OSG-Distorsionen seit Kindheit, normalerweise selbstheilend, bei allgemeiner Bandlaxität, jedoch nach gravierendem Supinationstrauma am 31. August 2017 chronifizierend". Am 2. Oktober 2020 untersuchte Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die Versicherte in der Klinik H.____. Laut Bericht vom genannten Tag diagnostizierte er einen Verdacht auf eine Insertionstendinopathie der Tibialis posterior-Sehne rechts bei flexibler Pes planovalgus-Deformität und Gastrocnemiuskontraktur rechts sowie einen Verdacht auf Vernarbungen des Bassett-Ligamentes nach Supinationstrauma am 1. September 2017 OSG rechts. In seiner Beurteilung führte Dr. I.____ aus, die Beschwerden der Versicherten seien am ehesten auf eine Überlastung der Tibialis posterior-Sehne bei flexibler Pes planovalgus-Deformität zurückzuführen. Die Patientin könne die Stellung gut aktiv korrigieren, sie habe eine Gastrocnemiuskontraktur.

6.3 Die Helsana legte die vorstehend aufgeführten medizinischen Akten ihrem beratenden Arzt Prof. Dr. E.____ vor und ersuchte diesen um Beurteilung der Frage, ob die heute erhobenen Befunde/Diagnosen mit dem Unfall vom 1. September 2017 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen. In seiner Beurteilung vom 23. November 2020 erachtete Prof. Dr. E.____ einen solchen Zusammenhang lediglich als möglich. Er wies darauf hin, dass bei der Versicherten laut dem Überweisungsscheiben von pract. med. G.____ schon vor dem Ereignis vom 1. September 2017 eine Tendenz zu OSG-Distorsionen bekannt war (auf der rechten Seite stärker). Der Unfall vom 1. September 2017 habe denn auch lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Längstens am 2. Oktober 2017, dem Tag der Konsultation der Praxis C.____, sei der Status quo sine erreicht worden.

6.4 Am 17. Februar 2021 berichtete Dr. I.____ über eine erneute, am 12. Februar 2021 erfolgte Untersuchung der Versicherten. Gestützt auf ein gleichentags erstelltes MRI erhob Dr. I.____ nunmehr folgende Diagnosen: "Läsion des Ligamentum tibionaviculare, Tibia-Spring, anteriores Deltoideum sowie Ligamentum fibulotalare anterius und fibulocalcaneare nach Supinationstrauma am 10.09.2017". In seiner Beurteilung führte Dr. I.____ aus, die Versicherte habe eine komplexe Bandruptur des rechten Sprunggelenks mit Ruptur der Aussenbänder, aber auch des anterioren Anteils des Ligamentum deltoideum erlitten. Dr. I.____ schloss seinen Bericht mit der Feststellung, die Beschwerden der Versicherten seien bei diesen Bandrupturen eindeutig auf ein Trauma zurückzuführen. Es handle sich hierbei nicht um chronische Veränderungen einer Plattfussdeformität.

6.5 Am 25. März 2021 verneinte Prof. Dr. E.____ die ihm von der Helsana unterbreitete Frage, ob dieser neue Bericht von Dr. I.____ etwas an seiner Beurteilung vom 23. November 2020 ändere. Er wies darauf hin, dass die beiden Beurteilungen von Dr. I.____ ziemlich unterschiedlich ausfallen würden, ohne dass im zeitlichen Intervall "etwas passiert" wäre. Zurückgeführt werde die Pathologie auf das 3 ½ Jahre zurückliegende Ereignis, das aufgrund der vorliegenden Dokumentation jedoch eher einen nur geringfügigen Impakt auf den Fuss und das OSG bedeutet habe.

6.6 Mit Schreiben vom 17. Mai 2021 äusserte sich Dr. I.____ auf Ersuchen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zu verschiedenen Aspekten des medizinischen Sachverhalts. So beantwortete er die Frage, ob die geltend gemachten Fussbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalls vom 1. September 2017 seien, dahingehend, dass die Aussenbandverletzung und das Muster der Innenbandverletzung Unfallfolgen seien. Es handle sich nicht um Folgen einer generalisierten Bandlaxizität, da das unverletzte Sprunggelenk keine Instabilität in der klinischen Untersuchung aufweise. Allerdings habe die Versicherte zuvor Sprunggelenks-Distorsionen angegeben und er könne die im MRI nachgewiesenen Verletzungen nur aufgrund der Anamnese diesem Unfallereignis vom 1. September 2017 zuordnen.

6.7 Aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde und des vorstehend erwähnten, an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin gerichteten Schreibens von Dr. I.____ vom 17. Mai 2021 ersuchte die Helsana ihren beratenden Arzt Prof. Dr. E.____ um eine erneute Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage. In seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2021 führte er aus, dass sich das Ereignis vom 1. September 2017 in einer "ex-post-Betrachtung der Trauma-Anamnese" sozusagen nahtlos in die Kette früherer, mehr oder weniger gleichartiger Traumaeinwirkungen beim Sport einreihe. Es sei anzunehmen, dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ziemlich gleichartig - mit Narbenbildung im Aussenknöchelbereich und funktionellen Defiziten (Schwächung der Fuss-Stabilität) - abgelaufen seien. Das passe auch zur anamnestisch bekannten Schulterluxation und der ähnlichen Problematik am linken Fuss. Im Weiteren wies Prof. Dr. E.____ darauf hin, dass am rechten Fuss der Versicherten eine erworbene Fuss-Deformität vorliege, die von Dr. I.____ in seinem Bericht vom 2. Oktober 2020 als "flexible Pes planovalgus-Deformität" bezeichnet worden sei. Die zum damaligen Zeitpunkt geäusserten Beschwerden seien zunächst als Überlastung der Tibialis posterior-Sehne bei Plattfuss-Deformität interpretiert worden und der dabei häufig vorliegende Befund einer Kontraktur der Gastrocnemiussehne sei von Dr. I.____ bestätigt worden. Diese Symptomatik stehe auch im Einklang mit dem MRT vom 12. Februar 2021, das aktuell von einem Radiologen des Röntgeninstituts J.____ nachbefundet worden sei. Zusammenfassend hielt Prof. Dr. E.____ deshalb an seiner bisherigen Einschätzung fest, wonach die von der Versicherten heute geklagten Beschwerden am rechten Fuss und OSG nicht als Rückfall oder Spätfolge auf das mehr als drei Jahre zurückliegende Ereignis vom 1. September 2017 zurückzuführen seien. Vielmehr sei aufgrund der primär von Dr. I.____ erhobenen Klinik und der Analyse von pathologischen Veränderungen am Rückfuss und OSG und im nachbefundeten MRI vom 12. Februar 2021 von einer Plattfuss-Symptomatik ohne Traumaätiologie auszugehen.

6.8 Am 30. November 2021 reichte die Beschwerdeführerin den Operationsbericht von Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 24. November 2021 ein. Dieser hatte bei der Versicherten am genannten Tag in der Klinik D.____ eine diagnostische Arthroskopie OSG rechts sowie eine laterale und mediale Bänderkonstruktion OSG rechts durchgeführt. Diesem Eingriff lagen gemäss dem Operationsbericht die Diagnosen (1) einer posttraumatischen, chronischen medialen und lateralen OSG-Instabilität rechts bei Status nach Supinationstrauma im September 2017 mit ossärem Ausriss des Ligamentum fibulotalare anterius und fibulocalcanearae und mit Partialläsion des Ligamentum

deltoideum sowie (2) ein leichter Pes planovarus beidseits zu Grunde. Am 22. Dezember 2021 nahm der beratende Arzt Prof. Dr. E._____ zu Handen der Helsana zu diesem Operationsbericht Stellung. Dabei gelangte er zum Schluss, dass dieser keine Befunde zu Tage fördere, die überwiegend wahrscheinlich einer Traumatisierung mit neuen Verletzungsfolgen am OSG der Versicherten anlässlich des Ereignisses vom 1. September 2017 entsprechen würden. Die zunächst durchgeführte diagnostische Arthroskopie habe keine wesentlichen Knorpelschäden im Bereich des OSG aufgedeckt. Die daran anschliessende laterale und mediale Bandrekonstruktion beschreibe die Bänder als ausgedünnt oder verlängert. Eine Kontinuitätsunterbrechung oder Narbenbildung, die quasi Beweis wäre für ein Trauma, werde als intraoperativer Befund nicht erwähnt.

7.1 Die Helsana stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Prof. Dr. E._____ vom 23. November 2020, 25. März 2021, 6. Juli 2021 und 22. Dezember 2021. Sie ging demzufolge davon aus, dass die im Oktober 2020 als Rückfall gemeldeten Beschwerden am rechten Fuss nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 1. September 2017 stünden. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.2 hiervor), kommt zwar dem Bericht eines beratenden Arztes des Versicherungsträgers rechtsprechungsgemäss nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Prof. Dr. E._____ zu zweifeln. Dieser setzt sich in seinen fachärztlichen Stellungnahmen einlässlich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und er nimmt eine schlüssige Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage vor. So weist er insbesondere zu Recht auf zwei wesentliche Aspekte hin: Zum einen ist mit ihm aufgrund der echtzeitlichen Dokumentation der Praxis C._____ davon auszugehen, dass das Ereignis vom 1. September 2017 eher einen geringfügigen Impakt auf den Fuss und das OSG bedeutet hat. Zum andern verweist Prof. Dr. E._____ zu Recht auf den Umstand, dass es bei der Versicherten - gemäss ihren eigenen Angaben gegenüber der Praxis C._____ und pract. med. G._____ - bereits vor dem fraglichen Ereignis zu wiederholten Traumatisierungen des OSG gekommen ist. Dies verunmöglicht es letztlich, die von Dr. I._____ diagnostizierten (partiellen) Bandläsionen, bei denen es sich seines Erachtens um Unfallfolgen handelt, ausgerechnet auf das vorliegend strittige Ereignis vom 1. September 2017 zurückzuführen.

7.2 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen an der vorstehenden Beurteilung nichts zu ändern. Sie stützt sich im Wesentlichen auf die Einschätzung von Dr. I._____, wonach die Verletzungen, die sich im MRI vom 12. Februar 2021 gezeigt hätten, eindeutig Unfallfolgen seien und es sich nicht um chronische Veränderungen einer Plattfussdeformität handle. Wie es sich mit dieser Einschätzung verhält, kann letztlich offen bleiben. Entscheidend ist, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den heutigen, als Rückfall gemeldeten Beschwerden der Versicherten und dem strittigen Ereignis vom 1. September 2017 der überzeugenden

Beurteilung von Prof. Dr. E.____ entsprechend zwar möglich, aber eben nicht mit dem für die Bejahung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Selbst Dr. I.____, auf den sich die Beschwerdeführerin beruft, weist in seinem Schreiben vom 17. Mai 2021 an die Rechtsvertreterin der Versicherten auf den Umstand hin, dass diese bereits vor dem fraglichen Ereignis wiederholt Sprunggelenks-Distorsionen erlitten hatte, und er anerkennt ausdrücklich, dass er deswegen die im MRI nachgewiesenen Verletzungen nur aufgrund der Anamnese dem hier zur Diskussion stehenden Unfall vom 1. September 2017 zuordnen könne.

8. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Helsana in Bezug auf die im Oktober 2020 erfolgte Rückfallmeldung der Versicherten zu Recht eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. April 2021 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

9. Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht interessierenden Abs. 2^{bis} für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid erhob die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2022 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [8C 264/2022](#)).

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