



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

**vom 30. Juli 2020 (725 20 128 / 187)**

---

**Unfallversicherung**

**Einstellung der Leistungen des Unfallversicherers bei Erreichen des Status quo ante**

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger,  
Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Eduard Schoch, Rechts-  
anwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**, Postfach,  
8010 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1959 geborene A.\_\_\_\_ ist seit dem 1. Januar 1997 in einem Teilzeitpensum bei B.\_\_\_\_ tätig und im Rahmen dieser Anstellung bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 28. Januar 2019 liess A.\_\_\_\_ der Allianz durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden. Gemäss den Angaben im Formular "Unfallmeldung UVG" ist der Versicherte am 4. November 2018 beim schnellen Gehen auf einem Waldweg auf einer Baumwurzel ausgerutscht und hat sich den Fuss übertreten. Die erstbehandelnde Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_,

Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte eine "Distorsion rechtes Sprunggelenk/rechter Fuss" (vgl. das Formular "Erstes Arztzeugnis - UVG" vom 18. Februar 2018). Nachdem sie nach Eingang der Unfallmeldung für die Heilungskosten aufgekommen war, erliess die Allianz am 17. Mai 2019 eine Verfügung, mit welcher sie die Versicherungsleistungen per 25. März 2019 einstellte. Zur Begründung hielt sie unter Hinweis auf ihre medizinischen Abklärungen im Wesentlichen fest, dass ab 25. März 2019 die Unfallfolgen abgeklungen seien und sich der Gesundheitszustand des Versicherten auch ohne den Unfall identisch zeigen würde. An dieser Leistungseinstellung per 25. März 2019 hielt die Allianz auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2020 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Eduard Schoch, am 23. März 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Allianz zu verpflichten, ihm aus dem Unfallereignis vom 4. November 2018 weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Eventualiter sei die Sache an die Allianz zurückzuweisen, damit diese weitere medizinische Abklärungen veranlasse; unter o/e-Kostenfolge. Zudem stellte er die Verfahrensanhörungen, es seien die Akten "des Vorderverfahrens" beizuziehen, und es sei ein unabhängiges medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen.

C. In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2020 beantragte die Allianz, die Beschwerde sei abzuweisen; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

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 D.\_\_\_\_ (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 des Versicherten vom 23. März 2020 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 4. November 2018 zu Recht per 25. März 2019 eingestellt hat.

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 Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 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. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG).

2.2 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. 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang ge-

geben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2015, 8C\_294/2015, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 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 davon, 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 125 V 351 E. 3a). 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).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.1 Laut den Angaben im Formular "Erstes Arztzeugnis - UVG" vom 18. Februar 2019 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ beim Versicherten anlässlich der Erstbehandlung vom 5. November 2018 eine "Distorsion rechtes Sprunggelenk/rechter Fuss". Als Befund gab die genannte Ärztin Druckdolenzen über dem Processus lateralis tali sowie im Bereich des Sinus tarsi an. Sie überwies den Patienten an PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH. In seinem Sprechstundenbericht vom 11. Januar 2019 hielt dieser als Diagnose einen "Verdacht auf subtalare Arthrose Rückfuss rechts" fest. In der Anamnese führte er aus, beim Versicherten bestünden seit einem schweren Distorsionstrauma beim Joggen im Jahr 2012 rezidivierende Beschwerden am rechten Rückfuss. Die Beschwerden hätten dann in den folgenden Jahren abgenommen. Seit der vor einem Jahr durchgeführten Dis-

kushernien-Operation seien wieder zunehmend Schmerzen im Bereich des lateralen Fusses aufgetreten. Im November 2018 sei ein erneutes mittelschweres Supinationstrauma erfolgt; seither bestünden anhaltende Schmerzen. PD Dr. E.\_\_\_\_ veranlasste ein Spect-CT, um die Aktivität der Arthrose zu eruieren. Wie dem weiteren Sprechstundenbericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2019 zu entnehmen ist, bestätigte sich in diesem Spect-CT, das am 21. Januar 2019 im Spital F.\_\_\_\_ durchgeführt worden war, eine subtalare Arthrose, dies in Kombination mit einem subfibulären Impingement. Zudem habe sich im Bereich des linken Rückfusses ein grosses Lipom im Kalkaneus gezeigt. In seiner Beurteilung hielt PD Dr. E.\_\_\_\_ fest, seines Erachtens liege ein posttraumatischer Zustand vor mit wahrscheinlich einer Fraktur im Rahmen des schweren Distorsionstraumas von 2012. In der Folge sei es dann zu einer Traumatisierung durch das schwere erneute Distorsionstrauma im November 2018 gekommen. Am 26. März 2019 nahm PD Dr. E.\_\_\_\_ beim Versicherten operativ eine Subtalararthrodese rechts und ein Débridement der Peronealsehne rechts vor. Im Operationsbericht vom selben Tag verwies der genannte Facharzt im Abschnitt "Indikation" auf einen Status nach schwerem Distorsionstrauma mit vermutlicher Fraktur des Processus lateralis tali mit daran anschliessendem Ausbilden einer posttraumatischen subtalaren Arthrose. Nach Ausschöpfen der konservativen Therapieoptionen sei eine Arthrodese indiziert gewesen.

4.2 In der Folge legte die Allianz die medizinischen Akten ihrem beratenden Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Chirurgie und Traumatologie FMH, vor und ersuchte diesen um Beurteilung der Frage, ob der operative Eingriff vom 26. März 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens teilweise in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 4. November 2018 stehe. Dr. G.\_\_\_\_ wies in seiner Beurteilung vom 9. April 2019 vorab darauf hin, dass sich keine Dokumentation eines klinischen Befunds nach dem Ereignis vom 4. November 2018 finde (Hämatombildung, Röntgenbefund, Art der Behandlung etc.), die eine Beurteilung erlauben würde, ob eine neue relevante Verletzung erfolgt sei. Im Weiteren vertrat er den Standpunkt, dass die aktuellen Beschwerden jedenfalls auf eine schon seit Jahren bestehende Arthrose im USG zurückzuführen seien (MRI 2012 und 2013) mit konsekutiver Subtalararthrodese am 26. März 2019. Dieser Eingriff könne, so sein Fazit, nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal mit dem Ereignis vom 4. November 2018 begründet werden.

4.3 Nachdem die Allianz dem Versicherten gestützt auf die vorstehende Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ eine Einstellung ihrer Leistungen per 25. März 2019 in Aussicht gestellt hatte, wandte sich PD Dr. E.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 3. Mai 2019 an die Beschwerdegegnerin. Darin führte er aus, dass seines Erachtens beim Versicherten eine posttraumatische Arthrose subtalar vorliege. Die Beschwerden, wie er sie am 24. Januar 2019 in seinem Sprechstundenbericht festgehalten habe, hätten bis zum 25. März 2019 keine Änderungen erfahren. Aus diesem Grund nehme er nicht an, dass die Beschwerden bis dahin abgeklungen seien. Sowohl die Anamnese als auch die vorliegenden Vorbefunde und der intraoperative Befund würden für eine posttraumatische Genese sprechen.

4.4 Die Allianz legte das Dossier samt der letztgenannten Eingabe von PD Dr. E.\_\_\_\_ nochmals ihrem beratenden Arzt Dr. G.\_\_\_\_ vor. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2019 fest, aus den nachgereichten Unterlagen - dem Schreiben von PD Dr. E.\_\_\_\_ und

dem Bericht über das Spect-CT vom 21. Januar 2019 - würden sich keine Hinweise für ereigniskausale Verletzungen, hingegen Zeichen der bereits seit langem bestehenden Arthrose in den Fusswurzelgelenken beidseits ergeben. Die Operation vom 26. März 2019 könne deshalb nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal mit dem Ereignis vom 4. November 2018 begründet werden.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen ihr beratender Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 9. April 2019 und 14. Mai 2019 gelangt ist. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Unfallfolgen ab 25. März 2019 abgeklungen seien und sich der Gesundheitszustand des Versicherten ab dann auch ohne den Unfall identisch gezeigt hätte. Das Ereignis vom 4. November 2018 habe wohl zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden geführt, die am 26. März 2019 durchgeführte Subtalararthrodese könne jedoch nicht auf das genannte Ereignis zurückgeführt werden. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines beratenden Arztes des Versicherungsträgers 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 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. G.\_\_\_\_\_ zu zweifeln. Dieser setzt sich in seinen fachärztlichen Stellungnahmen mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und er nimmt eine schlüssige Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage vor. So erwähnt er insbesondere zu Recht, dass sich in den Akten keine Dokumentation eines klinischen Befunds nach dem Ereignis vom 4. November 2018 findet (Hämatombildung, Röntgenbefund, Art der Behandlung etc.), die eine Beurteilung erlauben würde, ob eine neue relevante Verletzung erfolgt ist. Ebenso weist er zutreffend darauf hin, dass der Beschwerdeführer an einer schon seit Jahren bestehenden Arthrose im USG leidet (MRI 2012 und 2013).

5.2 Für die Richtigkeit der vorinstanzlichen Beweiswürdigung sprechen weitere Gründe. So fällt auf, dass die Unfallmeldung des Versicherten am 28. Januar 2019 und somit erst knapp drei Monate nach dem Ereignis vom 4. November 2018 erfolgte. Zu beachten ist sodann, dass der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Vorfall nicht - auch nicht für eine kurze Zeit - arbeitsunfähig war. Dieser Umstand weckt doch Erstaunen, wenn es, wie PD Dr. E.\_\_\_\_\_ im Sprechstundenbericht vom 24. Januar 2019 ausführt, anlässlich des Ereignisses vom 4. November 2018 tatsächlich zu einem "schweren erneuten Distorsionstrauma" gekommen sein soll. Hinter diese - vom operierenden Arzt zuletzt festgehaltene - Diagnose ist deshalb bereits aus diesem Grund ein Fragezeichen zu setzen. Dazu kommt, dass die Verletzung, die sich der Versicherte anlässlich des Ereignisses zugezogen hat, im Laufe der Berichterstattung, als zunehmend schwerwiegender geschildert wird. Während Dr. C.\_\_\_\_\_ im Formular "Erstes Arzteugnis - UVG" beim Versicherten anlässlich der Erstbehandlung vom 5. November 2018 lediglich eine "Distorsion rechtes Sprunggelenk/rechter Fuss" diagnostizierte hatte, sprach PD Dr. E.\_\_\_\_\_ in seinem ersten Bericht vom 11. Januar 2019 bereits von einem *mittelschweren* Supinations-trauma. In seinem nachfolgenden Bericht vom 24. Januar 2019 schliesslich ist dann - wie oben

ausgeführt - mittlerweile von einem *schweren* Distorsionstrauma die Rede. Hält man sich die genannten Aspekte - und Ungereimtheiten - vor Augen, so deutet doch vieles darauf hin, dass der Versicherte anlässlich des Ereignisses vom 4. November 2018 jedenfalls kein schwerwiegendes, sondern wohl eher ein leichtes Distorsionstrauma erlitten hat. Dies wiederum spricht für die Richtigkeit der Einschätzung der Allianz, wonach die Unfallfolgen spätestens ab 25. März 2019 abgeklungen waren.

5.3 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage.

5.3.1 Für den Beschwerdeführer ist der Beweiswert der beiden Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ schon deshalb eingeschränkt, weil diese lediglich anhand der Akten und nicht gestützt auf eine (umfassende) persönliche Untersuchung verfasst worden seien. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. 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 (Urteil G. des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C\_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Dr. G.\_\_\_\_ hatte gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten hauptsächlich zu beurteilen, ob der operative Eingriff vom 26. März 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens teilweise in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 4. November 2018 steht. Bei dieser Fragestellung kann eine ausschliesslich gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung durchaus Klärung bringen.

5.3.2 Der Beschwerdeführer moniert sodann, dass die beiden Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ äusserst kurz und knapp gefasst seien. Dieser Einwand trifft zwar zu, der Versicherte kann daraus aber nichts zu seinen Gunsten ableiten. In diesem Zusammenhang gilt es zu berücksichtigen, dass überhaupt nur sehr wenige medizinische Berichte vorliegen, die sich mit den Folgen des Ereignisses vom 4. November 2018 befassen. So findet sich in den Akten - wie sich auch Dr. G.\_\_\_\_ zu Recht gewundert hat (vgl. E. 5.1 hiervor) - beispielsweise keine Dokumentation eines klinischen Befunds nach dem Ereignis vom 4. November 2018 (Hämatombildung, Röntgenbefund, Art der Behandlung etc.). Sind aber nur einige wenige Aktenstücke zu würdigen, so darf die entsprechende Beurteilung - notgedrungen - auch kurz ausfallen. Entscheidend ist einzig, dass Dr. G.\_\_\_\_ alle vorhandenen Arztberichte berücksichtigt und gewürdigt hat. Für die Annahme, dass dies hier nicht der Fall gewesen wäre, liegen jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte vor.

5.3.3 Der Beschwerdeführer verweist schliesslich auf die Einschätzung des behandelnden Arztes PD Dr. E.\_\_\_\_, die erheblich von der Kausalitätsbeurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ abweiche.

Laut der Stellungnahme von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2019 hätten die Beschwerden, die er am 24. Januar 2019 festgehalten habe, bis zum 25. März 2019 keine Änderungen erfahren. Mithin seien sie aus diesem Grund nicht abgeklungen und sowohl die Anamnese als auch die vorliegenden Befunde sowie der intraoperative Befund würden für eine posttraumatische Genese sprechen. Diese Ausführungen des behandelnden Arztes vermögen das vorinstanzliche Beweisergebnis ebenfalls nicht in Frage zu stellen. Würdigt man nämlich den Operationsbericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 26. März 2019, so fällt insbesondere auf, dass dieser überhaupt keine Hinweise auf den Unfall vom 4. November 2018 bzw. auf eine vorübergehende, auf dieses Ereignis zurückzuführende und im Operationszeitpunkt nach wie vor bestehende Verschlimmerung des Zustandes am rechten Fuss enthält. PD Dr. E.\_\_\_\_ beschreibt in seiner Operationsindikation vielmehr einen Status nach schwerem Distorsionstrauma mit vermutlicher Fraktur des Processus lateralis tali und ein im Anschluss daran erfolgtes Ausbilden einer posttraumatischen subtalaren Arthrose. Dieses schwere Distorsionstrauma mit vermutlicher Fraktur des Processus lateralis tali erfolgte nun aber nicht anlässlich des hier zur Diskussion stehenden Ereignisses vom 4. November 2018, sondern bei einem früheren Unfall, den der Versicherte im Jahr 2012 beim Joggen erlitten hatte (vgl. den Hinweis im Sprechstundenbericht von PD Dr. E.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2019). Wenn deshalb der behandelnde Facharzt in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2019 von einer "posttraumatischen" Genese der operativ angegangenen Gesundheitsschädigung spricht, dann nimmt er offensichtlich auf diesen früheren Unfall von 2012 und eben nicht auf das hier strittige Ereignis vom 4. November 2018 Bezug.

5.4 Nach dem Gesagten ist deshalb davon auszugehen, dass das Ereignis vom 4. November 2018 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes am gesundheitlich bereits beeinträchtigten rechten Fuss des Versicherten führte. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend geltend macht, spricht die medizinische Aktenlage jedoch klar dafür, dass diese vorübergehenden Beeinträchtigungen aus dem Ereignis vom 4. November 2018 spätestens ab 25. März 2019 wieder abgeklungen waren und deshalb der status quo ante spätestens im genannten Zeitpunkt wieder erreicht war.

5.5 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 23. März 2020 gestellten Verfahrens Antrag des Versicherten zu entsprechen, wonach ein unabhängiges medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3).

6. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt war, ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Ereignisses vom 4. November

2018 per 25. März 2019 einzustellen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Februar 2020 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

7. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Allianz zuzusprechen. Entgegen ihrem Antrag in der Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2020 steht auch der Allianz - trotz Obsiegens - keine Parteientschädigung zu Lasten des Beschwerdeführers zu. Art. 61 lit. g ATSG schränkt den Anspruch auf Ersatz der Parteikosten ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person ein. Damit wird klargestellt, dass dem Beschwerdegegner, d.h. dem Versicherungsträger, keinesfalls ein Parteientschädigungsanspruch zusteht (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 61 N 218).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

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

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