

machte. Die Versicherte litt in der Folge auch an Beschwerden an der linken Schulter sowie am linken Fuss. Ab Unfalltag trat eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ein. Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin per 17. Februar 2017 gekündigt.

Die SWICA erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liess sie die Versicherte durch die SMAB AG Bern (SMAB) bidisziplinär neurologisch-orthopädisch abklären (Gutachten vom 30. April 2018). Gestützt auf dieses Gutachten stellte die SWICA mit Verfügung vom 15. Juni 2018 ihre Leistungen per 31. Mai 2018 ein. Sie hielt fest, dass die Fuss- und Schulterbeschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit natürlich kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, weshalb die Leistungspflicht hierfür abgelehnt werde. Einzig die Beschwerden am linken Kniegelenk seien auf den Unfall zurückzuführen. Diesbezüglich sei ab dem 31. Mai 2018 nicht mehr mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands zu rechnen. Daher bestehe ab dem 1. Juni 2018 kein Anspruch mehr auf Heilbehandlungen, Kostenvergütungen und Taggelder, ausser im Rahmen von Spätfolgen und Rückfällen. Ein Anspruch auf eine Rente bestehe bei einem Invaliditätsgrad von nur 6 % nicht. Der Integritätsschaden aufgrund der unfallbedingten Knieschädigung betrage 10 %. A.____ erhob gegen diese Verfügung Einsprache und reichte weitere medizinische Unterlagen ein. In der Folge beauftragte die SWICA die SMAB, dazu Stellung zu nehmen. Mit Beurteilung vom 4. Dezember 2018 hielt die SMAB fest, dass sich aus den nachträglich eingereichten Berichten und den Ausführungen in der Einsprache keine Gründe ergeben würden, um von der Einschätzung des Gutachtens vom 30. April 2018 abzuweichen. Gestützt darauf wies die SWICA mit Einspracheentscheid vom 12. April 2019 die Einsprache ab.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, mit Eingabe vom 24. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie liess unter o/e-Kostenfolge beantragen, es sei der Einspracheentscheid vom 12. April 2019 aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin als unentgeltlicher Rechtsbeiständin.

C. Mit Vernehmlassung vom 11. Juli 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 27. November 2019 wies die instruierende Präsidentin der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung aufgrund eines Einnahmenüberschusses ab. Die dagegen von der Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2019 vorsorglich erhobene Einsprache wurde am 3. Februar 2020 zurückgezogen. Gleichentags liess die Beschwerdeführerin ihre Replik einreichen. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren bisherigen Auffassungen fest.

E. Mit Verfügung vom 12. März 2020 wurde die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird in den Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die frist- und formgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde vom 24. Mai 2019 ist grundsätzlich einzutreten. In Bezug auf die Integritätsentschädigung betreffend das linke Knie vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Einsprache keine diesbezüglichen Beanstandungen vorgebracht, weshalb die Verfügung vom 15. Juni 2018 in diesem Punkt in Rechtskraft erwachsen sei. Im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid führte die Beschwerdegegnerin in Ziffer 3.2 aus, dass der Fallabschluss betreffend das linke Knie und die Festsetzung der Integritätsentschädigung unangefochten geblieben seien, daher werde nicht weiter darauf eingegangen.

1.2 Im Verhältnis zwischen Verfügung und Einspracheentscheid ist nach Art. 52 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000 grundsätzlich von einer Parallelität der Gegenstände auszugehen. Anders verhält es sich, wenn eine Teilrechtskraft der Verfügung eintritt. Da das Einspracheverfahren Elemente der streitigen Verwaltungsrechtspflege aufweist, gilt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung das Rügeprinzip (BGE 131 V 407 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Die Verfügung des Versicherungsträgers tritt deshalb in Teilrechtskraft, soweit sie unangefochten bleibt und nicht von Amtes wegen überprüft wird (BGE 119 V 347 E. 1c). Wenn sich die Einsprache somit lediglich auf den Rentenanspruch bezog und hinsichtlich der Integritätsentschädigung keine Rechtsbegehren gestellt wurden, ist eine Verfügung, mit der gleichzeitig über den Anspruch auf Invalidenrente und auf Integritätsentschädigung entschieden wird, bezüglich der Integritätsentschädigung beschwerdeweise nicht mehr anfechtbar (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 8C_768/2018, E. 2 mit Hinweis auf BGE 119 V 347).

1.3 In ihrer Einsprache vom 17. August 2018 ersuchte die Beschwerdeführerin um Aufhebung der Verfügung vom 15. Juni 2018 und um Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. In der Begründung führte sie in Ziffer 7.5 aus, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Einschluss der Schulter- und der Fussbeschwerden im Rahmen der gestellten Rechtsbegehren neu zu beurteilen sei, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen seien und ihr danach die gesetzlichen Leistungen (Rente und IE) auszurichten seien. Damit focht die Beschwerdeführerin einspracheweise sowohl im Rahmen des Rechtsbegehrens als auch im Rahmen der Begründung die zugesprochene Höhe der Integritätsentschädigung an. Daher ist ihr, soweit sie in Ziffer 15 der Beschwerde ausführt, der Anspruch auf Integritätsentschädigung als Gesamteinschätzung der Schulter-, Knie- und Fussbeschwerden sei weiterhin Gegenstand der vorliegenden Streitsache, zuzustimmen. Von einer Teilrechtskraft der Verfügung vom 15. Juni 2018 bezüglich der Integritätsentschädigung des linken Knies von 10 % kann nicht gesprochen werden. Die Rüge gemäss Ziffer 15 der Beschwerde ist demzufolge materiell zu beurteilen.

2. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass auf den 1. Januar 2017 die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 in Kraft getreten sind. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung 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 Prozent 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). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (gesundheitliche Beschwerden, 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 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 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

3.3 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Sie dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

3.4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (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) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b mit Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

3.4.2 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).

3.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll gemäss Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

3.4.4 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt ebenfalls nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer

Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind 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 142 V 58 E. 5.1).

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf das bidisziplinäre Gutachten der SMAB vom 30. April 2018 (orthopädisches Teilgutachten vom 4. April 2018 von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Facharzt für Chirurgie, und neurologisches Teilgutachten vom 12. April 2018 von Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie). Die Beschwerdeführerin stellt die Beweiskraft dieses Gutachtens in Frage und rügt damit die Verletzung von Art. 43 ATSG.

4.2 Die SMAB diagnostiziert im Gutachten vom 30. April 2018 als unfallrelevante Diagnosen 1. eine knöchern konsolidierte Tibiakopf-Fraktur links (Unfall vom 19. November 2016) nach operativem Eingriff (23. November 2016) mit zwischenzeitlich erfolgter Metallentfernung ohne verbliebenes wesentliches Funktionsdefizit sowie 2. Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus superficialis und Nervus suralis links bei Zustand nach Osteosynthesematerial-Entfernung posterolaterales linkes Knie sowie Neurolyse des Nervus peroneus communis am 26. Oktober 2017, elektroneurographisch unauffälliger Befund im Januar 2018. Als nicht-unfallrelevante Diagnose werden 1. unklare Schmerzen und Sensibilitätseinschränkungen des linken Rückfusses bei degenerativen Veränderungen des OSG, insbesondere anterior, und 2. degenerative Veränderungen des linken Schultergelenks mit Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette, SLAP II-Läsion und Impingementsyndrom, festgehalten.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führt das SMAB auf Seite 16 f. aus, die Veränderungen des linken Schultergelenkes seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 19. November 2016 verursacht worden. Nach dem Sturz seien die Schulterschmerzen erstmalig am 5. Januar 2017, somit zwei Monate später, angegeben und als postkontusionelle Reizung des AC-Gelenks interpretiert worden. Ein entsprechender Untersuchungsbefund habe eine nahezu vollständig freie Beweglichkeit bei positivem Impingementzeichen gezeigt. Am 14. Februar 2018 sei erstmalig eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden, welche eine ansatznahe, transtendinöse partielle Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne mit Retraktion sowie einen ventralen Labrumschaden im Sinne einer SLAP II-Läsion gezeigt habe. Wären die Veränderungen posttraumatisch bzw. unfallkausal zuzuordnen, so wäre eine erhebliche Verletzung des linken Schultergelenks am 19. November 2016 vorauszusetzen. Laut wissenschaftlicher Meinung sei ein unmittelbarer Anprall gegen/mit dem Schultergelenk nicht geeignet, solchermassen geartete Veränderungen zu verursachen, sondern zum Beispiel eine Luxation des Schultergelenks oder aber eine erhebliche, unkontrolliert auf das Schultergelenk indirekt durch den Arm einwirkende Kraft, wie zum Beispiel das plötzliche, überfallartige Einwirken des gesamten Körpergewichts auf das Schultergelenk wie ein durch den Arm zu verhinderndes Abstürzen. Eine direkte Krafteinwirkung gegen/auf das Schultergelenk bzw. ein Stürzen auf den ausgestreckten oder seitlich abgewinkelten Arm sei nicht geeignet, eine Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette zu verursachen, da hier die schützenden Strukturen eine entsprechende

Krafteinleitung und Krafteinwirkung verhindern würden. Auch der Verlauf nach dem Unfallereignis, das erstmalige Feststellen von Schmerzen in der linken Schulter zwei Monate nach dem Unfall und ein entsprechender Crescendoverlauf würden gegen einen Unfallzusammenhang sprechen. Zu fordern wären anfangs erhebliche Befunde des linken Schultergelenks, wie z.B. ein initialer Gelenkserguss, eine Schultergelenksluxation, ein Hämatom oder eine Verletzung des Weichteilmantels mit einer entsprechenden Decrescendosymptomatik, die mit Sicherheit zu einer entsprechenden Diagnostik zeitnah des Unfalles geführt hätte.

4.3.1 Bevor auf die Argumente der Beschwerdeführerin eingegangen wird, ist vorab die Frage zu klären, in welche Kategorie von Beweismitteln (vgl. dazu Erwägung 3.4 hiervor) das SMAB-Gutachten fällt.

4.3.2 Mit Schreiben vom 21. Juli 2017 erteilte die Beschwerdegegnerin Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, in Funktion als beratender Arzt den Auftrag für eine Aktenbeurteilung der vorliegenden Angelegenheit (act. 46). Dr. E.____ stellte der Beschwerdegegnerin am 23. Juli 2017 seine Aktenbeurteilung zu (act. 47). In der Folge teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. Februar 2018 mit, dass sie die SMAB mit der Begutachtung beauftragt habe (act. 91).

4.3.3 Dr. E.____ amtete in der vorliegenden Angelegenheit somit einerseits als Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, wobei er selbst nach Zuteilung des Gutachtensauftrages zu materiellen unfallversicherungsrechtlichen Fragen Stellung nahm und die Beschwerdegegnerin in ihrem weiteren Vorgehen beriet (E-Mail vom 6. März 2018, act. 107). Gleichzeitig trägt er die medizinische Verantwortung für das orthopädisch-neurologische Gutachten, dessen Verlässlichkeit im vorliegenden Verfahren von der Beschwerdeführerin gerügt wird. Unter diesen Umständen ist mehr als fraglich, ob das SMAB-Gutachten vom 30. April 2018 als verwaltungsexternes Gutachten im Sinne der bundesgerichtlichen Richtlinien (vgl. Erwägung 3.4.2 hiervor) bezeichnet werden kann. Eher fällt es in die Kategorie der versicherungsinternen Berichte, bei denen bereits geringe Zweifel genügen, um weitere medizinische Abklärungen anzuordnen. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, kann diese Frage im vorliegenden Verfahren letztlich offengelassen werden. Es ist aber wünschenswert, dass diese äusserst ungewöhnliche Konstellation gegenüber den versicherten Personen zukünftig transparent dargelegt wird.

4.4.1 Die Beschwerdeführerin zweifelt den Beweiswert des SMAB-Gutachtens einerseits mit der Begründung an, der Unfallablauf sei nicht erhoben oder zur Kenntnis genommen worden. Trotz dieses Umstands werde die fehlende Unfallkausalität unter anderem damit begründet, dass kein in der wissenschaftlichen Lehre beschriebener Unfallhergang stattgefunden habe, welcher zur entsprechenden Verletzung führen könne. Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Chirurgie, habe im Bericht vom 5. Juli 2018 darauf hingewiesen, dass der Unfallmechanismus in einem Sturz auf den abduzierten und leicht retrovertierten Arm bestanden habe und durchaus eine entsprechende Verletzung erklären könne. Dr. F.____ habe auch mit Bericht vom 22. Februar 2019 an seiner Auffassung festgehalten, wonach die Schulterverletzung durchaus vom genannten Sturz herrühren könne. Die Beschwerdegegnerin legt in der Vernehmlassung dar, es sei gestützt auf die Unterlagen nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin,

so wie von Dr. F.____ mit Stellungnahme vom 5. Juli 2018 beschrieben, einen Sturz auf den abduzierten und leicht retrovertierten Arm erlitten habe.

4.4.2 Dr. F.____ nimmt in seinem Bericht vom 5. Juli 2018 Stellung zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Juni 2018 und hält fest, er sei nach Studium der Akten, der klinischen Untersuchung und in Übereinstimmung mit dem behandelnden Schulterorthopäden klar der Meinung, dass der Entscheid falsch sei. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die diagnostizierte Supraspinatussehnenruptur eine direkte Folge des Unfallereignisses sei. Der Unfallmechanismus, ein Sturz auf den abduzierten und leicht retrovertierten (= rotierten) Arm (beim Anzeigen des Abbiegens), könne durchaus eine solche Verletzung erklären. Die Supraspinatussehne reisse bei solchen Traumata am häufigsten (mit Hinweis auf Arthroscopy, 2013, Feb, 29(2): 366-76).

4.4.3 Die Beschwerdegegnerin unterbreitete den Bericht von Dr. F.____ der SMAB. In der Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 hält Dr. C.____ fest, dass die Unfallanamnese mit der Versicherten ausführlich aufgenommen und erörtert worden sei. Das Einsatzprotokoll der Sanität Basel vom 19. November 2016 gebe keine Aufschlüsse über die Art des Sturzes. Die Ausführungen von Dr. F.____ würden nicht den allgemeinen Erfahrungswerten und Richtlinien für die Begutachtung von Schulterverletzungen entsprechen. Der zitierte Artikel aus dem Jahr 2013 bringe keine weiteren Erkenntnisse, bei Bedarf könne er Literaturstellen bezüglich der Begutachtung und Genese der Rotatorenmanschettenläsion beifügen. Die natürliche Kausalität der Schulterverletzung sei nicht ausschliesslich unter Hinweis auf den Unfallhergang abgewiesen worden, sondern vor dem Hintergrund der entscheidungsrelevanten Parameter. Der Unfallhergang sei nicht geeignet, die später festgestellten Veränderungen zu verursachen, wie auf S. 35 des Gutachtens erläutert worden sei.

4.4.4 Dr. C.____ hält in seinem Teilgutachten (S. 29) zum Unfallhergang fest, dass die Versicherte am 19. November 2016 mit dem Velo ausgerutscht, auf die linke Körperhälfte gefallen und liegengeblieben sei und sofort Schmerzen der gesamten linken Seite und des linken Kniegelenkes bestanden hätten. Sie sei mit dem Krankwagen ins Spital gebracht worden. Ein weiteres Nachfragen zum genauen Hergang des Sturzes oder auch zu den äusseren Umständen, unter denen der Unfall passierte, lässt sich seinem Gutachten nicht entnehmen. Es handelt sich – entgegen der von ihm mit Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 vertretenen Auffassung, dass mit der Explorandin ausführlich die Unfallanamnese und der Verlauf aufgenommen und erörtert worden seien –, um einen äusserst rudimentären Beschrieb des Unfallherganges. Auch in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 benennt er keinen konkreten Unfallhergang oder setzt sich substantiiert mit den Angaben der Beschwerdeführerin oder denjenigen von Dr. F.____ auseinander. Wenn die versicherte Person angibt, dass sie auf die linke Körperhälfte gefallen ist, ist gerade bei einer Schulterverletzung eingehender und detailliert vom medizinischen Experten abzuklären, wie die Position des Armes war, weshalb es zum Sturz kam, wie sich die Schmerzen danach präsentierten etc. Ob es effektiv zu einem Direktanprall der Schulter gekommen ist, ergibt sich folglich nicht aus dem von Dr. C.____ beschriebenen Unfallhergang; ein Sturz auf die linke Körperhälfte bedeutet nicht per se, dass der Arm körpernah gehalten wurde. Damit zeigt sich das Gutachten in diesem Punkt als zu ungenau, weshalb die Schlussfolgerung von Dr. C.____, dass

ein direkter Sturz auf die Schulter nicht geeignet sei, eine Verletzung der Supraspinatussehne zu verursachen, im konkreten Fall nicht zu überzeugen vermag. Es bedarf damit weiterer Abklärungen, um rechtsgenügend über die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden entscheiden zu können.

4.5.1 Weiter stellt die Beschwerdeführerin den Beweiswert des SMAB-Gutachtens in Frage, da die Auffassung von Dr. C.____, das erstmalige Feststellen der Schmerzen in der linken Schulter hätte erst zwei Monate nach dem Unfall stattgefunden, unzutreffend sei. Es könne substantiiert belegt werden, dass die Schulterbeschwerden nicht erstmals nach zwei Monaten aufgetreten seien. Die Beschwerdegegnerin weist in diesem Zusammenhang lediglich darauf hin, dass die Verneinung des Kausalzusammenhangs nicht nur aufgrund des Zeitpunktes des Auftretens der Schmerzen erfolgt sei, sondern auch aufgrund des Unfallhergangs und der festgestellten Gesundheitsschädigung.

4.5.2 Dr. F.____ führt diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2018 aus, die Verletzung sei initial im Spital G.____ nicht erkannt worden, was weder der Versicherten noch dem Spital G.____ anzulasten sei, da die operative Behandlung der Tibiaplateaufrakturen im Vordergrund gestanden sei. Insbesondere bei jüngeren Patienten sei zu beobachten, dass das Ausmass einer Schulterverletzung auf der funktionellen Ebene erst nach Monaten sichtbar werden könne. Somit sei die geforderte zeitliche Nähe des Symptombeginns zum Unfallzeitpunkt kein gutes Kriterium. Dr. C.____ habe lediglich an die Dokumente des Spitals G.____ angeknüpft. Diese würden zudem eine falsche Diagnose enthalten, die als Beleg herhalten müsse, dass angeblich ein chronisches Schulterleiden bestanden habe. Die inkriminierte AC-Gelenksarthrose sei eine Fehldiagnose. Im MRT vom 14. Februar 2018 sei nur die Rede von einer geringen und zudem nicht aktivierten AC-Gelenksarthrose; dies in Übereinstimmung mit dem konventionellen Schulterröntgen vom Februar 2017, wo festgestellt werde, dass keine wesentliche AC-Arthrose bestehe. Wer den MRT-Befund vom 14. Februar 2018 lese, stelle fest, dass keine Zeichen für chronisch degenerative Prozesse der linken Schulter nachweisbar seien. Mit Schreiben vom 22. Februar 2019 führt Dr. F.____ aus, dass er die Diskussion, ab wann welches Symptom begonnen habe, in diesem Zusammenhang für wenig hilfreich halte. Es sei in der Medizin ein bekanntes Phänomen, dass Symptome nach einem Trauma je nach Ausmass der anderen Verletzungen erst verspätet auftreten und erkannt würden. Die Patientin berichte, bis zum Unfall vollständig arbeitsfähig gewesen zu sein und die Arbeit im Pflegebereich ohne Einschränkung durchgeführt zu haben. Das mache ein schweres Schulterproblem vor dem Unfall unwahrscheinlich.

4.5.3 Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hält mit Bericht vom 9. Juli 2018 fest, dass sich in der klinischen Untersuchung eine deutliche Einschränkung der Schulterfunktion mit zusätzlicher scapulothorakaler Dyskinesie links zeige. Die Rotatorenmanchettenuntersuchung zeige Schmerzen bei der Prüfung der posterosuperioren Rotatorenmanchette. Zum Ausschluss einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur nach dem Polytrauma vom November 2016 habe er eine Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter in die Wege geleitet. Die radiologische Abklärung zeige eine transmurale Supraspinatussehnenruptur (Double layer) mit Retraktion Grad I-II nach Patte. Die Muskulatur schein nicht atrophisch zu sein. Es

zeige sich eine Verfettung Grad I der Supra- und Infraspinatusmuskel nach Goutallier. In Zusammenschau der Anamnese, dem klinischen und radiologischen Befund habe die Diagnose einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur gestellt werden können. Die traumatische Genese der Verletzung sei seiner Auffassung nach klar. Bereits im Bericht vom 28. Februar 2018 diagnostiziert Dr. H.____ eine traumatische transmurale Supraspinatussehnenruptur Grad I nach Patte mit sekundärer scapulo-thorakaler Dyokinosie Schulter links nach dem Unfall vom 19. November 2016 (act. 50).

4.5.4 Dem Bericht über das MRT des Schultergelenkes links vom 14. Februar 2018 und der Arthrographie Schulter für MR links vom 14. Februar 2018 kann sodann entnommen werden, dass eine geringe AC-Arthrose und keine Omarthrose bestehe (act. 181).

4.5.5 Dr. C.____ hält in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 – nach Einsichtnahme in die zuvor zitierten Berichte – weiterhin an seiner Behauptung fest, der Sachverhalt stelle sich in den vorliegenden Aktenunterlagen so dar, dass Schulterschmerzen erstmals am 5. Januar 2017, also zwei Monate nach dem Ereignis, dokumentiert worden seien. Diese seien als post-kontusionelle Reizung des AC-Gelenkes interpretiert worden. Der entsprechende Untersuchungsbefund habe eine nahezu vollständige freie Beweglichkeit erbracht. Bei einer traumatischen Läsion der Rotatorenmanschette wären erhebliche Befunde des linken Schultergelenks zu fordern. Hier sei auf Seite 35 des Gutachtens zu verweisen. Die Versicherte sei am 28. März 2018 ganzkörperlich neurologisch/orthopädisch untersucht worden. Die Untersuchungsbefunde seien dokumentiert worden. Die klinischen Untersuchungsbefunde von Dr. H.____ im Sinne einer deutlichen Einschränkung der Schulterfunktion mit zusätzlicher skapulothorakaler Dyskinesie links hätten anlässlich der gutachterlichen Untersuchung nicht nachvollzogen werden können. Auch die Erläuterung von Dr. H.____, wieso die traumatische Genese der Verletzung klar sei, fehle. Die Einholung fremdanamnestischer Angaben von Dr. H.____ seien für die Abklärung der Unfallkausalität nicht erforderlich gewesen. Die Einschätzung des Spitals G.____ bezüglich der AC-Gelenksarthrose sei nicht massgeblich gewesen für die Einschätzung der Kausalität. Inwiefern hier zudem eine Fehldiagnose vorliege, sei nicht klar. Sein Gutachten erfülle alle bundesgerichtlichen Kriterien.

4.5.6 Die Beschwerdeführerin reichte im Rahmen ihrer Einsprache die Berichte des Pflegedienstes des Spitals G.____ ein. Aus diesen geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits kurz nach dem Unfall über Beschwerden an der Schulter klagte. Der Pflegedienst verabreichte ihr am 20. und 22. November 2016 infolge der Schulterschmerzen auf der linken Seite jeweils ein Flektorpflaster. Auch dem Beschrieb des Spitals G.____ vom 9. Januar 2017 kann bezüglich des Verlaufs entnommen werden, dass streng bewegungsabhängige Schmerzen über der linken Schulter bestehen würden, die sich unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall manifestiert hätten, aber bis dato im Hintergrund gestanden seien. Die Beschwerden waren offensichtlich so gross, dass im Rahmen des Spitalaufenthaltes am 28. November 2016 auch eine Röntgendiagnostik infolge der klinischen Diagnose einer Thoraxkontusion links in Auftrag gegeben wurde. Damit steht ohne Weiteres fest, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall bereits Schulterschmerzen äusserte und die Schulterbeschwerden nicht erstmals nach zwei Monaten aufgetreten sind. Soweit Dr. C.____ trotz Kenntnis der Einträge in der Krankengeschichte und

der Stellungnahme von Dr. F.____ weiter daran festhält, dass Schulterschmerzen erstmals knapp zwei Monate nach dem Unfall dokumentiert worden seien, ist diese Haltung nicht nachvollziehbar. Seine Schlussfolgerung zum Kausalzusammenhang beruht damit auf offensichtlich falschen Tatsachen. Damit ging Dr. C.____ bei der Beurteilung der natürlichen Kausalität von nachweislich falschen Prämissen aus, weshalb nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden kann.

4.6 Die Beurteilung von Dr. C.____ vermag aus einem weiteren Grund nicht zu überzeugen. Dr. F.____, der den schweizerischen Facharzttitel eines Chirurgen trägt, verweist auf medizinische Literatur aus dem Jahr 2013. Dr. C.____ tut diesen Nachweis einfach mit dem pauschalen Hinweis ab, dass diese Auffassung nicht den allgemein anerkannten Erfahrungswerten und Richtlinien für die Begutachtung von Schulterverletzungen entspreche, ohne selbst irgendeinen Hinweis auf entsprechende medizinische Fachliteratur zu geben. Daher ist auch die Behauptung der Beschwerdegegnerin auf Seite 3 der Vernehmlassung, wonach Dr. C.____ bei der Erstellung des Gutachtens den neuesten Stand des medizinischen Wissens angewendet haben, nicht belegt. Dr. C.____ setzt sich auch nicht in qualifizierter Weise mit den Auffassungen von Dr. F.____ und Dr. H.____ auseinander. Der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist nicht zu folgen, soweit sie in der Vernehmlassung auf Seite 4 auf die Praxis des Bundesgerichts verweist, wonach zwischen medizinischen Behandlungs- und Aufklärungsauftrag unterschieden werden müsse und es nicht angehen könne, eine medizinische Administrativ- oder eine Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen. Wie bereits in Erwägung 4.3 hiervor dargelegt, entspricht das vorliegende Gutachten der SMAB eher einem versicherungsinternen als einem unabhängigen verwaltungsexternen Gutachten. Damit können die Beurteilungen von Dr. H.____ und von Dr. F.____ nicht einfach unter Hinweis auf ihren Behandlungsauftrag in der Beweismündigkeit weniger gewichtet werden. Bei Dr. H.____ handelt es sich zudem um einen ausgewiesenen Spezialarzt, dessen Kernkompetenzen in der Behandlung von Schultern und Ellbogen sowie Sportverletzungen an den oberen Extremitäten liegen, und dessen Curriculum im Internet jederzeit abrufbar ist. Auch das Curriculum von Dr. F.____ ist im Internet jederzeit einsehbar. Demgegenüber ist über die fachliche Spezialisierung von Dr. C.____ nichts bekannt. Es ist auch nicht bekannt, ob er noch klinisch tätig ist.

4.7 Damit zeigt sich, dass mehrere Gründe gegen die Beweistauglichkeit des SMAB-Gutachtens sprechen, weshalb gestützt darauf nicht zuverlässig beurteilt werden kann, ob die Schulterbeschwerden unfallkausal sind.

4.8.1 Auch in Bezug auf den linken Fuss enthält das SMAB-Gutachten gewisse Unklarheiten. Dr. C.____ listet in seinem orthopädischen Teilgutachten die unklaren Schmerzen und Sensibilitätseinschränkungen des linken Rückfusses als nicht unfallrelevante Diagnose auf, obwohl er auf Seite 35 festhält, dass die Bewertung der Sensibilitätsschwäche des linken Rückfusses dem neurologischen Gutachter überlassen bleibe. Dr. D.____ listet als unfallrelevante Diagnosen Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus superficialis und suralis links auf. Nicht-unfallrelevante Diagnosen nennt sie keine. Wieso Dr. D.____ die unklaren Schmerzen und Sensibilitätseinschränkungen im linken Rückfuss nicht in der Diagnoseliste aufführt, wird in der Konsensbeurteilung nicht erklärt, stattdessen werden auf Seite 15 des Gutachtens unklare Beschwerden und Sensibilitätseinschränkungen des linken Rückfusses als unfallfremde Diagnose

aufgelistet. Die Beschwerdeführerin jedenfalls schilderte ihre Fussbeschwerden beiden Ärzten in ähnlicher Weise.

4.8.2 Weiter sind Widersprüchlichkeiten auszumachen, indem Dr. C._____ auf Seite 28 festhält, dass das Spital G._____ gestützt auf das MRI vom 23. Februar 2017 im Wesentlichen degenerative Befunde festgestellt habe. Das Spital G._____ führt im Bericht vom 3. März 2017 jedoch aus, dass die Beschwerden im Fuss durch das Knochenmarködem im anterioren distalen Tibiabereich erklärt würden, das entweder bedingt sei durch beginnende degenerative Veränderungen oder durch eine Überlastung im Rahmen des Belastungsaufbaus nach der langen Ruhigstellung und Entlastung aufgrund der Tibiaplateaufraktur. Weshalb Dr. C._____ die Überlastung als Folge der Knieoperation ausser Acht lässt, erklärt er nicht. Dr. D._____ hingegen zitiert den Bericht des Spitals G._____ richtig, indem sie festhält, dass es im Rahmen des Belastungsaufbaus zu einer Überlastung des linken Rückfusses gekommen sei. In der Konsensbesprechung setzen sich die Gutachter aber nicht mit diesem Widerspruch auseinander, da aus gesamtmedizinischer Sicht auf Seite 16 f. bezüglich des linken oberen Sprunggelenks und des linken Fusses lediglich die Beurteilung von Dr. C._____ wortwörtlich wiedergegeben wird.

4.8.3 Somit bestehen auch bezüglich der gesundheitlichen Problematik des linken Fusses sowie der Unfallkausalität dieser Beschwerden Zweifel an der Verlässlichkeit des SMAB-Gutachtens, weshalb auch hier eine medizinische Abklärung im Sinne von Art. 44 ATSG notwendig ist, um die Frage verlässlich beantworten zu können.

5.1 Die Beschwerdeführerin moniert sodann die Integritätsentschädigung für den Integritätsschaden des linken Knies. Die Höhe von 10 % sei von der Beschwerdegegnerin nicht weiter begründet worden.

5.2 Die Beschwerdegegnerin hält in der Verfügung vom 15. Juni 2018 lediglich fest, dass der Integritätsschaden aufgrund der unfallbedingten Knieverletzung 10 % betrage. Im Gutachten der SMAB wird sodann in Ziffer 9 auf Seite 22 ausgeführt, dass eine Verletzung des linken Kniegelenks im Sinne einer lateralen Tibiakopffraktur mit Beteiligung der Eminentia intercondylaris zu nennen sei. Es bestehe für die Zukunft ein Restrisiko einer posttraumatischen Arthrose, auch wenn aktuell ein erfreulicher, nahezu unauffälliger Untersuchungsbefund des linken Kniegelenks festzustellen sei. Insofern werde der Integritätsschaden auf 10 % geschätzt gemäss Tabelle 5 der Suva.

5.3 Da dem Gutachten des SMAB kein Beweiswert zukommt, kann für die Beurteilung des Integritätsschadens nicht darauf abgestellt werden. Damit ist auch dieser Punkt erneut im Rahmen einer neuen Begutachtung abzuklären. Selbst wenn dem SMAB-Gutachten Beweiswert zukommen würde, würde der pauschale Hinweis von Dr. C._____ auf die Tabelle 5 der Suva nicht genügen, um die von ihm festgelegte Höhe des Integritätsschadens nachvollziehbar zu machen. Der medizinische Experte bzw. die medizinische Expertin ist angehalten, in nachvollziehbarer Weise darzulegen, wie er bzw. sie zum Wert von 10 % gelangt. Ein pauschaler Hinweis auf eine Tabelle genügt nicht.

6. Zusammenfassend ergibt sich aus dem Gesagten, dass die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutgeheissen wird, als der Einspracheentscheid vom 12. April 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Die Beschwerdegegnerin wird die Angelegenheit durch Einholung eines externen orthopädisch-neurologischen Gutachtens und unter Berücksichtigung der Verfahrensvorschriften von Art. 44 ATSG medizinisch abzuklären haben. Dabei sind Abklärungen betreffend das linke Knie, die linke Schulter und den linken Fuss zu treffen, wobei insbesondere die Beschwerden, ihre Unfallkausalität, die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit sowie der Integritätsschaden erneut aus gesamtmedizinischer Sicht zu beurteilen sind. In Bezug auf die Schulterproblematik ist mit den Parteien einig zu gehen, dass ein hochqualifizierter Spezialist bzw. eine hochqualifizierte Spezialistin mit vertieften medizinischen Fachkenntnissen in der Schulterorthopädie mit der Beurteilung der Frage zu betrauen sein wird, ob eine degenerative oder traumatische Läsion der Rotatorenmanschette vorliegt. Dabei wird sich die Fachperson auch mit den neuesten medizinischen Publikationen zu diesem Thema auseinander zu setzen haben.

7. Es bleibt über die Kosten des vorliegenden Verfahrens zu befinden. 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. Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als obsiegend und hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Der in der Honorarnote vom 13. März 2020 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 14 Stunden und 15 Minuten erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen im Umfang von Fr. 263.40. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'120.30 (14 Std. und 15 Min. à Fr. 250.-- plus Fr. 263.40 sowie 7.7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich

bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. April 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'120.30 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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