



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. Dezember 2016 (725 16 282 / 318)

Unfallversicherung

Der Beschwerdegegnerin gelingt es nicht, den Wegfall der Kausalität nachzuweisen, weshalb sie weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat.

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Marco Albrecht, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttenz

gegen

SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1967 geborene A.____ ist als selbständig Erwerbende bei der Swica Aktiengesellschaft AG (Swica) freiwillig gegen Unfälle versichert. Mit Bagatellunfall-Meldung vom 2. September 2013 teilte sie der Swica mit, sie sei am 5. Mai 2013 auf dem Heimweg in eine Vertiefung der Strasse hineingeraten und habe sich dabei den rechten Fuss übertreten. Am 24. Mai 2013 begab sie sich gemäss UVG-Meldung zur Erstbehandlung der Unfallfolgen zu Dr. med. B.____, FMH Allgemeinmedizin, welcher als Diagnose festhielt: „Verdacht auf ein Dis-

torsionstrauma OSG rechts“. Am 3. August 2013 ist A.____ über eine unebene Wiese gelaufen und dabei wiederum mit dem rechten Fuss umgeknickt. Seitdem haben die Schmerzen zugenommen, so dass ihr ab diesem Datum eine 50%ige, später eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Am 30. September 2013 wurde gestützt auf ein MRI des rechten Fusses ein bone bruise an der Basis am Metatarsale II, eine leichte Degeneration des Lisfranc-Gelenks II sowie ein bone bruise des Cuneiforme festgestellt. Am 3. September 2014 wurde im X.____ eine TMT-II-Arthrodese und eine Refixation des Os tibiale externum durchgeführt. Am 18. März 2015 erfolgte ein weiterer operativer Eingriff. Die Swica erbrachte nach den Unfallereignissen die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

Mit Verfügung vom 5. Januar 2016 stellte die Swica ihre Leistungen per 10. August 2015 und somit einen Tag vor einem erneuten operativen Eingriff ein. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 4. August 2016 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Marco Albrecht, mit Schreiben vom 7. September 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Swica zu verpflichten, ihr weiterhin Leistungen der Unfallversicherung auszurichten; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 12. Oktober 2016 beantragte die Swica die Beschwerde sei abzuweisen.

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 Muttenz, 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 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen der Unfallereignisse vom 5. Mai 2013 bzw. 3. August 2013 zu Recht per 10. August 2015 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. 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 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich-

keit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

2.4 Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadenauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteile des Bundesgerichts vom 28. Juli 2009, 8C_456/2009, E. 5.3 und vom 15. Januar 2008, 8C_301/2007, E. 5.1.1 mit Hinweis auf SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05 E. 4.2). Einem Ereignis kommt nach dem Gesagten der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung – bei erstelltem Auslösezusammenhang – einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2011, 8C_380/2011, E. 4.2 und vom 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2.3, in: SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94).

2.5 Die Beschwerdeführerin hat angegeben, dass sie am 5. Mai 2013 den Fuss vertreten habe und nach vorn auf beide Knie gestürzt sei. Am 3. August 2013 sei beim normalen Gehen auf einer unebenen Wiese ein Knacken im Fuss aufgetreten, den sie dann wegen Schmerzen sofort nicht mehr belasten können. Dies habe zur notfallmässigen Untersuchung in der

C.____ geführt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den beiden Ereignissen.

3. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Swica zu Recht entschieden hat, dass die von der Versicherten geltend gemachten und ärztlich behandelten Beschwerden ab August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf die Ereignisse vom 5. Mai bzw. 3. August 2013 zurückzuführen sind.

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. 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 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, äusserte in seinem Gutachten vom 31. März 2014 einen dringenden Verdacht auf eine Lisfranc-Läsion im rechten Fuss. Das Ereignis vom 5. Mai 2013 sei überwiegend wahrscheinlich die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Es sei zwar möglich, dass bereits gewisse arthrotische Veränderungen im Tarsometatarsal-Gelenk II vorbestanden seien, aber sie seien klinisch stumm gewesen. Die Versicherte sei in ihrer angestammten Tätigkeit zu über 50 % eingeschränkt, während im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten zu 100 % mit voller Leistung möglich seien.

4.2 Im Auftrag der Swica erstattete Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 31. März 2015 ihr Gutachten. Sie führte aus, dass anlagebedingte Senk-/Spreizfüsse beidseits mit beidseitigem Hallux valgus, rechts als Rezidiv nach OP und Verkürzung der kleinen Zehe rechts nach OP bestehe, ausserdem ein Zustand nach zweimaliger Distorsion von Sprunggelenk bzw. Mittelfuss rechts im Sommer 2013 und nach dem Ereignis im August 2013 mit Stressfraktur im Schaft MT II. Die Beschwerden würden sich auf den Mittelfuss medial konzentrieren. Durch das Gehen (Laufen) auf nicht ganz planem Untergrund, was kein Unfallereignis darstelle, sei es zur Aktivierung der bereits vorliegenden Arthrose gekommen, durchaus mit plötzlich einschliessenden Schmerzen, die in der Folge auch ein Straucheln, gegebenenfalls Sturz ausgelöst hätten. Bei einer solchen aktivierten Arthrose komme es nicht zu einem Hämatom, in der Regel auch nicht zu einer ausgeprägten Schwellung. Die Indikationen zu den durchgeführten Therapiemassnahmen hätten sich bei den bereits vorliegenden degenerativen Veränderungen ergeben, wobei das Wort „posttraumatisch“ unkritisch übernommen worden sei. Eine Zerrung der sehr straffen Bandstrukturen im Mittelfuss habe anhand der Anamnese und der Röntgenaufnahmen nicht vorgelegen, sodass die Vermutung von Dr. D.____ mit einer Verletzung im Lisfranc-Gelenk weder anamnestisch noch klinisch oder radiologisch gestützt werden könne. Der Unfall vom 5. Mai 2013 sei nicht die einzige Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen des Mittelfusses hätte auch eine Überlastung im Alltag zu den (gleichen) Beschwerden führen können. Somit sei das Ereignis eine nur mögliche Mitursache. Spätestens nach vier bis sechs Wochen sei nach den einzeln geschilderten Ereignissen im Sommer 2013 der Status quo ante erreicht gewesen. Nach dem Ereignis sei keine richtunggebende oder dauernde Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung aufgetreten. Strukturelle Verletzungen hätten ausgeschlossen werden können. Unfallbedingt bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, krankheitsbedingt derzeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit; nach entsprechender Einlagen- und Schuhversorgung sowie Belastungstraining werde eine rasche Steigerung auf 100 % Arbeitsfähigkeit empfohlen. Krankheitsbedingte Einschränkungen würden sich ausschliesslich für Tätigkeiten im Gehen und Stehen ergeben.

4.3 Nachdem die Swica eine Einstellung der Leistungen aus der Unfallversicherung angekündigt und der Swica Krankenversicherung weitergegeben hatte, wurde Dr. med. F.____, FMH Innere Medizin, Kardiologie und Sportmedizin, von der Krankenversicherung mit einer Abklärung beauftragt. Dr. F.____ führte – nach Untersuchung der Versicherten – mit Bericht vom 18. Oktober 2015 aus, dass er sich in allen Punkten Dr. D.____ anschliesse. Die Schlussfolgerungen von Dr. D.____, wonach keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, würden nicht der Realität entsprechen.

4.4 Der behandelnde Arzt Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm zu Händen von Dr. F.____ mit Bericht vom 13. November 2015 Stellung. Unter Verweis auf den Bericht über die Nachkontrolle gleichen Datums bestätigte er, dass die schwere OSG-Distorsion zu folgenden Diagnosen und Operationen geführt habe: Laterale Verlängerungsosteotomie Calcaneus, Revision Tibialis posterior-Sehne mit Refixation des Os Tibiale externum vom 2. September 2014 und posttraumatisch rezidivierenden Schmerzen TMT II sowie medialer Fussrand bei Os tibiale externum nach schwerem Distorsions-trauma rechts am 5. Mai 2013. Die Arthrose am Mittelfuss (TMT II) sei ein posttraumatischer Zustand nach Lisfranc-Verletzung, der im Rahmen der schweren Rück- und Mittelfussdistorsion stattgefunden habe. Der progrediente Knick-/Senkfuss mit einem Os tibiale externum, welches per se angeboren sei, habe sich seit dem Trauma verschlechtert und sei ab 5. Mai 2013 schmerzhaft gewesen. Insofern werde von einem Trauma ausgegangen, welches auch hier die Synostose zwischen Os tibiale externum und Os naviculare traumatisiert habe und es werde auch diesbezüglich auf einem posttraumatischen Geschehen beharrt. Demzufolge werde der Unfallversicherer um Kostenübernahme gebeten.

5. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungseinstellung mit der Behauptung begründet, es handle sich beim Fussleiden um eine Zufallsdiagnose und eine Stressfraktur, welche auch bei einem alltäglichen alternativen Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit die gleiche Gesundheitsschädigung bewirkt hätte. Sie beruft sich also darauf, dass das Ereignis vom 5. Mai 2013 lediglich als Gelegenheits- oder Zufallsursache zu qualifizieren sei und jede andere alltägliche Bewegung die gleiche Schädigung hätte auslösen können. Dabei stützt sie sich auf das Gutachten von Dr. D.____. Die Gutachterin hat allerdings angegeben, dass der Unfall vom 5. Mai 2013 zwar nicht die einzige, aber doch Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen sei. Damit ist der Unfall aber mindestens eine Teil- und nicht nur Gelegenheitsursache für die geklagten Beschwerden, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anfänglich zu Recht bejaht hat.

5.1 Im vorliegenden Fall wurde während einer gewissen Zeit erfolglos eine konservative Behandlung durchgeführt. Im Nachhinein ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. G.____ klar geworden, dass die Indikation für die inzwischen durchgeführten Operationen durch die Distorsion am 5. Mai 2013 und die Retraumatisierung am 3. August 2013 gesetzt worden ist. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass die Versicherte am 3. August 2013 wegen eines einschliessenden Schmerzes gestürzt ist. Dieses Ereignis wie auch der Vorfall vom 5. Mai 2013 sind zu Recht von keiner Seite als alltägliche Bewegungsabläufe qualifiziert worden. Ein Vorzustand ist nur insofern verzeichnet, als die Versicherte fünf Jahre vorher eine Hallux valgus-Operation gehabt hat. Diese steht aber in keinerlei Zusammenhang mit den Beschwerden im Mittelfuss, die mit dem Ereignis vom 5. Mai 2013 zumindest symptomatisch geworden sind. Es kann bei vorheriger Beschwerdelosigkeit bei einer aktiven, sportlichen Versicherten nicht einfach ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass der Operationsbedarf lediglich bei Gelegenheit der unfallbedingten kurativen und diagnostischen Handlungen entdeckt worden wäre. Denn es liegen keine Hinweise auf einen massiven Vorzustand vor, bei dem eine alltägliche Bewegung zur gleichen Schädigung geführt hätte. Ein solcher massiver Vorzustand kann auch

nicht aufgrund der bildgebenden Dokumente angenommen werden. Die Beschwerdegegnerin übersieht zudem, dass eine Arthrose auch erst als Folge einer unfallbedingten Schädigung auftreten und darum auch unfallbedingt sein kann.

5.2 Der Versicherten kann sodann nicht zum Nachteil ausgelegt werden, dass zunächst eine konservative Behandlung durchgeführt worden ist und das Ausmass der Schädigung anfänglich von ärztlicher Seite nicht richtig eingeschätzt worden ist. Dass die Operationen erst relativ spät durchgeführt worden sind, ist nicht auf eine Weigerungshaltung der Beschwerdeführerin zurückzuführen und darum steht auch keine Verletzung der Schadenminderungspflicht im Raum. Gewissen Schädigungen ist zudem inhärent, dass sie erst mit zeitlicher Verzögerung grössere Beschwerden verursachen. Vorliegend ist von einer initialen – sicher teilweisen – Schädigung am 5. Mai 2013 mit Retraumatisierung am 3. August 2013 auszugehen.

5.3 Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die erste Zeit nach dem Unfall bis 10. August 2015 bejaht hat, liegt es an ihr, den Wegfall der Kausalität nachzuweisen (vgl. oben E. 2.3). Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten kann sie den Status quo sine nicht auf August 2015 festsetzen mit der Begründung, es handle sich um einen krankhaften Vorzustand bzw. eine krankhafte Entwicklung. Da es ihr demzufolge nicht gelungen ist, den Wegfall der Kausalität nachzuweisen, hat sie weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

6. Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen der Unfallereignisse vom 5. Mai und 3. August 2013 zu Unrecht eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 4. August 2016 erhobene Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

7. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

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

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 27. Oktober 2016 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 10.83 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von insgesamt Fr. 29.50. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 2'371.15 (10.83 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 29.50 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, der Einspracheentscheid vom 4. August 2016 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen über den 10. August 2015 hinaus zu erbringen hat.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 2'371.85 (inklusive Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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