Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Oktober 2020 (725 20 29 / 243)

Unfallversicherung

Reines Aktengutachten genügt vorliegend nicht zur Beurteilung einer ISG-Blockade. Auf eine persönliche Untersuchung kann nicht verzichtet werden.

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführerin, vertreten durch Angela Gantner, Advokatin, Kasernenstrasse 22a, Postfach 569, 4410 Liestal gegen **Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**, Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1977 geborene A.____ ist seit dem 1. Juni 2017 als Sachbearbeiterin in einem Pensum von 80 % tätig und über die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 27. Februar 2019 blieb sie mit dem linken Bein an der Wendeltreppe, die in den Keller führte, hängen, verdrehte sich dabei die linke Hüfte und verspürte starke Schmerzen im linken Hüft- und Gesässbereich bis in

die Leistengegend. Gleichentags fand eine Erstabklärung in der chirurgischen Abteilung des Spitals B.____ statt. Es wurde eine Druckdolenz im Bereich des Iliosakralgelenks (ISG) links und im Bereich des linken Gesässes, ein muskulärer Hartspann entlang der Wirbelsäule und des ISG links, Schmerzen bei der Hüftflexion sowie eine Schonhaltung beim Gehen festgestellt. Strukturelle und ossäre Schäden konnten nach dem Röntgenbild ausgeschlossen werden. Als Diagnose wurde der Verdacht auf eine Muskelzerrung bei Hüftgelenksdistorsion links geäussert. Schmerzmedikamente wurden verabreicht und eine Arbeitsunfähigkeit bis 3. März 2019 attestiert. Da die Beschwerden nicht nachliessen, suchte A.____ am 4. März 2019 die Notfallstation des Kantonsspitals auf. Es wurden weiterhin schmerzlindernde Medikamente verschrieben in der Annahme, es handle sich am ehesten um einen muskuloskelettalen Hartspann. Die Arbeitsunfähigkeit wurde bis 7. März 2019 verlängert. Am 19. März 2019 erfolgte eine weitere Untersuchung in der Schmerzsprechstunde des Kantonsspitals. Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte ein akutes lumbosakrales Syndrom mit Facettensyndrom L5/S1, eine ISG-Blockierung links, ein Piriformis-Syndrom links, eine muskuläre Dysbalance und eine Dorsalgie. Um einen akuten Bandscheibenvorfall bzw. eine aktivierte Facettengelenksarthrose auszuschliessen, veranlasste er eine Magnetresonanztomographie (MRT) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit bis 26. März 2019. Die MRT vom 21. März 2019 zeigte einen Riss des Anulus fibrosus bei LKW 4/5 mit breitbasiger Bandscheibenprotrusion, allerdings ohne Nervenwurzelkompromittierung und Zeichen einer aktivierten Spondylarthrose LKW 4/5 links und geringer auch rechts. Eine Spinalkanalstenose oder eine Nervenwurzelkompression konnten nicht festgestellt werden.

Mit Stellungnahme vom 30. Mai 2019 stellte der beratende Arzt der Mobiliar, Dr. med. D.____, FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnosen einer Distorsion der Hüfte links sowie einer akuten Lumbalgie bei Bandscheibenprotrusion L4/5 und einer aktivierten Spondylarthrose L4/5. Der Status quo sine sei längstens per 21. März 2019 und mit dem Ausschluss traumatischer Veränderungen durch die MRT erreicht. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Hüftgelenksdistorsion könne für längstens drei Tage angenommen werden. Die Mobiliar hielt daraufhin mit Verfügung vom 19. Juli 2019 fest, dass Anspruch auf Taggeldleistungen für drei Tage bestehe und die Heilbehandlungskosten bis 21. März 2019 übernommen würden. Die darüber hinaus geltend gemachten Beschwerden seien nicht mehr überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Gegen diese Verfügung erhoben der Krankenversicherer und A.____ mit Verweis auf den Bericht ihres behandelnden Arztes, Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 15. Juli 2019 mit Eingabe vom 21. August 2019 Einsprache. Dr. E.____ stellte eine rezidivierende ISG-Blockierung links fest mit ausgedehnten regionären Myogelosen. Die Beschwerden seien klar unfallbedingt. Die Prognose sei grundsätzlich gut bei langsamen Heilungsverlauf. Eine Arbeitsfähigkeit sei bis 31. August 2019 nicht gegeben.

Dr. D.____ hielt am 31. Oktober 2019 auch nach Durchsicht der MRT-Bilder vom 21. März 2019 an seiner Beurteilung vom 30. Mai 2019 fest. Die im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 21. März 2019 dokumentierten Veränderungen der LWS erklärten hinlänglich die von der Versicherten angegebenen Beschwerden. Diese seien jedoch nicht traumatisch bedingt, sondern degenerativ verursacht. Die von der Versicherten beklagte ISG-Blockade, die auch im Rahmen der am-

bulanten Schmerzsprechstunde am 19. März 2019 angegeben worden sei im Sinne «druckdolenter Irritationspunkte über dem ISG links mit Vorlaufphänomen», finde sich typischerweise als Syndrom aufgrund der festgestellten degenerativen Veränderungen, d.h. der breitbasigen Bandscheibenprotrusion, der aktivierten Spondylarthrose LWK 4/5 links und geringer auch rechts. Die Mobiliar beauftrage daraufhin Dr. med. F.____, FMH Chirurgie und Manuelle Medizin (SAMM), mit einer vertrauensärztlichen Beurteilung der Sachlage. Mit Aktengutachten vom 26. November 2019 kam er zum Schluss, dass es für die Diagnose von rezidivierenden ISG-Blockaden an einem ereignisbedingten organisch-strukturellen Schaden des ISG fehle. Ein solcher sei mit der MRT vom 21. März 2019 ausgeschlossen worden. Eventuell später auftretende Rezidive einer ISG-Blockierung könnten deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal begründet werden. Vielmehr sei von einem vorbestehenden und bis zum Ereignis asymptomatischen Vorzustand auf Höhe L4/5 auszugehen, welcher durch das Ereignis aktiviert und symptomatisch geworden sei, ohne dass es zusätzlich mit dem Ereignis zu einem irreversiblen strukturellen Schaden gekommen sei. Mit der temporären Aktivierung des Facettengelenksyndroms, wie auch bei einer theoretisch allenfalls möglichen ISG-Blockade, müsse spätestens nach drei Monaten von einem Status quo sine ausgegangen werden, da sich in der Regel die Ödeme innerhalb dieses Zeitraums resorbiert hätten.

Mit Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2019 hiess die Mobiliar die Einsprache von A.____ in dem Sinne teilweise gut, als Anspruch auf Leistungen bis zum 27. Mai 2019 bestehe. Die Einsprache des Krankenversicherers wurde gutgeheissen und die Behandlungskosten bis 27. Mai 2019 (Kosten für die MRT vom 21. März 2019) übernommen.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Angela Gantner, mit Eingabe vom 17. Januar 2020 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Mobiliar sei zu verpflichten, rückwirkend ab 28. Mai 2019 und bis auf Weiteres die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere Taggelder und Heilbehandlungskosten, auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur erneuten Überprüfung der medizinischen Sachlage an die Mobiliar zurückzuweisen. Sie machte geltend, dass das Aktengutachten von Dr. F.____ vom 29. November 2019 ungenügend und die Beweistauglichkeit in mehrfacher Hinsicht erheblich eingeschränkt sei, weshalb die Mobiliar nicht abschliessend darauf habe abstellen dürfen. Einem reinen Aktengutachten komme nur dann Beweiswert zu, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes gehe, was vorliegend nicht der Fall sei, da verschiedene medizinische Ursachen für den Beschwerdezustand verantwortlich sein könnten. Es hätte somit auch eine persönliche ärztliche (rheumatologische und orthopädische) Untersuchung stattfinden müssen. Aufgrund der aktuell vorliegenden medizinischen Unterlagen müsse davon ausgegangen werden, dass sie an einer ISG-Blockade leide, die traumatisch bedingt sei, und ein langwieriger Heilungsverlauf gerade bei jüngeren Patientinnen nicht ungewöhnlich sei.

C. Mit Vernehmlassung vom 9. März 2020 beantragte die Mobiliar die Abweisung der Beschwerde. Beschwerdeweise werde hauptsächlich eingewendet, dass es ereignisbedingt am 27. Februar 2019 zu einer Schädigung des ISG links gekommen sei, was bestritten werde. Vielmehr sei - wie Dr. F.____ in seiner Aktenbeurteilung vom 2. März 2020 ausführlich dargelegt habe -

davon auszugehen, dass es unfallbedingt zu einer temporären Aktivierung des asymptomatischen Vorzustandes auf Höhe L4/5 gekommen sei, was sich bildgebend am 21. März 2019 dargestellt habe und diesbezüglich spätestens drei Monate nach dem Ereignis von einem Status quo sine vel ante ausgegangen werden könne. Eine dauerhafte Schädigung liege nicht vor.

D. Mit Replik vom 6. April 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 4. April 2020, wonach eine ISG-Blockade, deren Symptome die Versicherte ganz eindeutig aufweise, eben gerade nicht zwingend bildgebend nachweisbare strukturelle Schäden hervorrufe. Eine ISG-Blockierung sei ein sogenanntes funktionelles Problem von Bewegungsstörungen im Mikrobereich, die kaum je Spuren in der MRT hinterliessen. Diese Diagnose werde klinisch und keinesfalls radiologisch gestellt. Weiter sei Dr. E.____ der Ansicht, dass die strukturellen Schäden an der LWS altersadäquat und geringfügig seien. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb die LWS-Problematik als Ursache der anhaltenden Beschwerden wahrscheinlicher sein soll, als eine ISG-Blockade, zumal die klinischen Befunde durchgehend auf eine solche hindeuten würden.

E. Die Mobiliar hielt mit Duplik vom 7. Mai 2020 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. In Bezug auf die Diagnosestellung einer ISG-Blockade, dass diese klinisch und keinesfalls radiologisch gestellt werde, sei zu bemerken, dass ein Hausarzt bei Rückenschmerzen im LWS-Bereich kaum umgehend radiologische Abklärungen veranlassen würde. Anders werde dies durch einen Orthopäden beurteilt, der aufgrund seines Fachwissens wisse, dass sich ISG-Blockaden mit klinischen Tests nicht eindeutig bestätigen liessen, vielmehr werde ein ISG-Schaden bildgebend belegt, was vorliegend nicht der Fall sei. Hier handle es sich um eine aktivierte Spondylarthrose L4/5 links mit linksseitig ausstrahlenden Schmerzen in Form einer Lumbosakralgie. Genau auf dieser Höhe sei korrespondierend ein Ödem der Erector spinae-Muskulatur nachgewiesen, womit die zusätzlich nach oben zum Nacken hin strahlenden Schmerzen erklärt wären. Damit seien strukturelle Schäden nachgewiesen, die sowohl die nach unten ins Gesäss ausstrahlenden wie auch die nach oben ziehenden Schmerzen plausibel machten. In Bezug auf die erfolgte Terminierung des Status quo sine vel ante drei Monate nach dem Ereignis sei festzuhalten, dass gestützt auf die medizinische Fachliteratur bei wesentlich grösseren Ödemen von einer folgenlosen Ausheilung innerhalb von drei bis sechs Monaten ausgegangen werde. In casu handle es sich um ein Ödem in einem Teilabschnitt eines kleinen Wirbelgelenks. Entsprechend sei eine Restitutio ad integrum mit einem Status quo sine vel ante nach drei Monaten erreicht. Auf eine persönliche Untersuchung habe im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung verzichtet werden können.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 X.____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 17. Januar 2020 ist demnach einzutreten.

2. Die Beschwerdeführerin beantragt in formeller Hinsicht, den Bericht von Dr. F.____ vom 2. März 2020 als verspätet aus dem Recht zu weisen. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichts, über das in der angefochtenen Verfügung (beziehungsweise im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand, insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen (vgl. Art. 53 Abs. 3 ATSG und § 6 Abs. 2 VPO). Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (BGE 136 V 2 E. 2.5). Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln (Art. 61 lit. c ATSG) und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden (Art. 61 lit. d ATSG). Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht muss gemäss Art. 61 lit. a ATSG einfach und rasch sein. Die anzustrebende Raschheit des Verfahrens schliesst es aus, dass die Verwaltung während des kantonalen Verfahrens umfangreiche und zeitraubende Zusatzabklärungen tätigt. Aufgrund der gebotenen Einfachheit des Prozesses kann der Versicherungsträger im Weiteren keine Abklärungsmassnahmen treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürfen. Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen wie Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen (Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 2017, 8C_81/2017, E. 6.2). Dr. F.____ nimmt in seinem neuerlichen Bericht Stellung zu den medizinischen Einwänden in der Beschwerde, so dass nicht davon auszugehen ist, dass die entsprechenden Vorbringen von Dr. F.____ verspätet sind. Die Beschwerdeführerin ihrerseits hatte im Rahmen der Replik Gelegenheit, sich zum Bericht von Dr. F.____ zu äussern und zu den einzelnen Punkten Stellung zu nehmen. Dies hat sie denn auch getan und eine Stellungnahme von Dr. E.____ vom 4. April 2020 eingereicht, womit von einer Ausgeglichenheit der Äusserungen ausgegangen werden kann. Im

Ergebnis sind sowohl der Bericht von Dr. F.____ vom 2. März 2020 als auch der Bericht von Dr. E.____ vom 4. April 2020 als zulässige Beweismittel im vorliegenden Verfahren zu würdigen.

3.1 Gemäss 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. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen 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 vorübergehenden Leistungen, wie Taggelder und Heilbehandlung, hat der Unfallversicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – nur so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was darunter zu verstehen ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit. Dabei muss die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). Trifft dies nicht mehr zu und ist ein Endzustand eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen und der Fallabschluss mit der Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung hängen derart eng zusammen, dass von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.2).

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Mobiliar zu Recht gestützt auf den vertrauensärztlichen Bericht von Dr. F.____ vom 26. November 2019 von einem Endzustand ausgegangen ist und die vorübergehenden Leistungen per 27. Mai 2019 eingestellt hat.

4.2 Von einem Endzustand ist auszugehen, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt und 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. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Unfallversicherung die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustandes, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (Status

quo sine vel ante). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre (überwiegend wahrscheinliche) kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2018, 8C_276/2018, E. 2.3 mit weiteren Hinweisen).

4.3. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6).

5.1 Das Gericht hat die 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So 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). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit

der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

6.1 Die Mobiliar stützte sich in Bezug auf die Beurteilung des Endzustandes auf den vertrauensärztlichen Bericht von Dr. F.____ vom 26. November 2019. Darin führte Dr. F.____ aus, dass die klinisch erhobenen Befunde eines Facettengelenksyndroms mit der MRT vom 21. März 2019 auf Höhe L4/5 bestätigt worden seien. Die in der MRT beschriebenen kleinsten Synovialzysten beidseits belegten eine gewisse Vorschädigung des Facettengelenkes auf Höhe L4/5. Auch die Verdickung des Ligamentum flavum, die bereits zur leichten neuroforaminalen Einengung geführt habe, beweise eine degenerativ bedingte Entwicklung der segmentalen Strukturen auf Höhe L4/5. Zusätzlich habe bereits eine mässiggradige Spondylarthrose aufgrund der Volumenverminderung der Bandscheibe bestanden. Die Spondylarthrose zusammen mit den synovialen Zysten und der Verdickung des Ligamentum flavum würden einen Vorschaden belegen, der bis zum Unfallereignis asymptomatisch gewesen sei. Weiter sei ein Riss des Anulus fibrosus mit breitbasiger Bandscheibenprotrusion nachgewiesen, womit aber keine Neurokompression ausgelöst worden sei. Im Sinne einer temporären Aktivierung dieses Vorzustandes sei auf der MRT vom 21. März 2019 im Facettengelenk eine geringe Flüssigkeitsmenge sichtbar. Der Processus articularis superior weise links ein Ödem auf, zusätzlich stelle sich ein Ödem in der Erector spinae-Muskulatur auf Höhe L4/5 dar. Vor allem dieser Befund lasse sich nur aufgrund des Ereignisses erklären. Aufgrund der radiologischen Befunde sei deshalb davon auszugehen, dass es mit dem Unfallereignis zu einer temporären Aktivierung der vorbestehenden degenerativen Facettengelenksveränderungen auf Höhe L4/5 gekommen sei. Eine irreversible organisch-strukturelle Schädigung des Segmentes L4/5 liege dagegen nicht vor. Die Ödeme hätten sich zurückgebildet und es sei zu einer Restitutio ad integrum gekommen. Die Tatsache, dass aber neben den segmentalen Aktivierungszeichen auch die Muskulatur selbst auf der Höhe L4/5 ödematös durchgesetzt gewesen sei, spreche per se für eine unfallbedingte Aktivierung. Bei einem unfallbedingten ISG-Syndrom könne es ebenfalls zu einer Blockierung kommen. Allerdings liefere die MRT vom 21. März 2019 dafür keine Hinweise. Bei inkongruenter Gelenksfläche wäre es bei einer erheblichen biomechanischen Einwirkung zu assoziierten Knochenmarksödemen im Os ilium und Os sacrum sowie im Bandapparat gekommen. Auch wäre eine Flüssigkeitsansammlung im ISG zu erwarten gewesen. Initial habe zwar ein positives Vorlaufphänomen bestanden, zusätzliche Tests seien aber nicht durchgeführt worden, wobei solche Tests nicht zwingend beweisend wären für eine Blockierung des ISG. Im Zusammenhang mit den fehlenden radiologischen Kriterien könne – wenn überhaupt – nur von einer kurzzeitigen ISG-Blockierung gesprochen werden. Bei der temporären Aktivierung des Facettengelenksyndroms wie auch einer theoretisch allenfalls möglichen ISG-Blockade müsse spätestens nach drei Monaten von einem Status quo sine ausgegangen werden, da sich in der Regel die Ödeme innerhalb dieses Zeitraumes resorbiert hätten und der Vorzustand wieder erreicht gewesen wäre.

6.2 Anlässlich des Beschwerdeverfahrens bat die Mobiliar Dr. F.____ nochmals zur Kausalität der lumbosakralen Schmerzen, die sich nach dem Ereignis vom 27. Februar 2019 entwickelt hatten, Stellung zu nehmen. In seiner Beurteilung vom 2. März 2020 bezog er sich insbesondere auf die Bildgebung vom 21. März 2019. Er führte aus, dass eine MRT der LWS auch einen gros-

sen Teil des Beckens wie auch das ISG und die angrenzenden gelenkbildenden Knochen darstelle. Aufgrund der angegebenen Biomechanik des Ereignisses mit dem Hängenbleiben des linken Beines und der zusätzlichen Abspreizbewegung hätte es theoretisch infolge der abrupten Abduktions- und Rotationsbewegung zu einer Irritation des ISG kommen können. Bei einer unfallbedingten Verschiebung der Gelenkflächen gegeneinander mit klinischer Blockierung des ISG komme es zwangsläufig zur Zerrung des Bandapparates und auch zur gegenseitigen Reibung der Gelenkflächen, was sich bildgebend nachweisen lasse. Als Substrat des Schermechanismus würden sich Ödeme bilden als Folge des gezerrten Bandapparates mit zusätzlichen Knochenmarksödemen der gelenkbildenden Knochen. Ferner führe die Verschiebung zur Reizung der Gelenkkapsel und als Ausdruck der Distorsion / Kontusion sei ein Gelenkerguss zu erwarten. Kein einziger dieser zwingend zu erwartenden Befunde habe sich bildgebend in der MRT vom 21. März 2019 dargestellt. Damit sei ausgeschlossen, dass das linke ISG durch das Ereignis vom 27. Februar 2019 strukturell traumatisiert worden sei. Selbst wenn mehrere klinische Tests für eine ISG-Blockierung positiv ausgefallen wären, wären diese nicht beweisend für eine traumatisch bedingte ISG-Schädigung, da weder ein Kapsel-Bandödem noch ein Gelenkerguss noch eine Bone bruise nachgewiesen worden seien. Kein klinischer Test sei per se beweisend für einen ISG-Schaden. Weder der Vorlauf- und Rücklauftest noch der Mennell- und der Patrik-Test seien signifikant beweisend für einen ISG-Schaden. Dieser werde bildgebend belegt. Zudem führe ein geschädigtes ISG nie zu Schmerzen, die bis in den Nacken ziehen würden. Vielmehr sei bildgebend eine aktivierte Spondylarthrose L4/5 zu sehen, welche für die linksseitig ausstrahlenden Schmerzen in Form einer Lumbosakralgie verantwortlich sei. Genau auf dieser Höhe sei dazu korrespondierend ein Ödem der Erector spinae-Muskulatur erkennbar. Damit seien strukturelle Schäden nachgewiesen, die sowohl die nach unten ins Gesäss ausstrahlenden wie auch die nach oben in den Nacken ziehenden Schmerzen erklären würden.

6.3 Dr. E.____ nahm am 4. April 2020 zu den Ausführungen von Dr. F.____ Stellung. In der MRT vom 21. März 2019 werde die LWS abgebildet. Zwar sei auch ein Teil des ISG abgebildet, um das ganze ISG zu erfassen, müsse eine gesonderte MRT angefertigt werden. Eine seriöse Beurteilung des ISG sei somit mittels MRT der LWS weder möglich noch zulässig. Im MRT-Bericht der Radiologen werde das ISG konsequenterweise nicht beschrieben, weshalb anzunehmen sei, dass Dr. F.____ die Bilder selber ausgewertet habe. Gemäss Auskunft des Kantonsspitals seien die MRT-Bilder aber an niemanden verschickt worden. Im Weiteren würden die Begriffe ISG-Schaden, strukturelle Traumatisierung und Blockierung von Dr. F.____ in unzulässiger Weise vermischt. Während ein struktureller traumatischer Schaden des ISG in der Regel in der MRT sichtbar sei, sei eine ISG-Blockierung - wie bei der Versicherten - ein funktionelles Problem von Bewegungsstörungen im Mikrobereich, die kaum je Spuren in einer MRT hinterliessen. Diese Diagnose werde daher klinisch und nicht radiologisch gestellt. Fehlende radiologische Veränderungen könnten daher eine Blockierung nicht ausschliessen. Bei länger dauernden ISG-Problemen komme es oft zu reaktiven Veränderungen in benachbarten Strukturen wie zum Beispiel Verspannungen von Muskeln und Sehnen. Schmerzen sekundärer Art im Bereich des Rückens bis zum Nacken würden oft beobachtet. Im Segment L4/5 zeige sich eine sogenannte aktivierte (gereizte) Spondylarthrose. Solche Befunde seien häufig und in vielen Fällen sogar asymptomatisch. In den weitaus meisten Fällen seien sie nicht unfallbedingt. Ob insofern über-

wiegend wahrscheinliche Unfallfolgen vorlägen, dürfte zumindest angezweifelt werden. Insgesamt sei die klinische Situation von Dr. F.____ vernachlässigt worden. Die Beschwerden und klinischen Befunde hätten sich bei allen involvierten Untersuchern immer im Bereich des ISG und des Gesässes links gezeigt. Bei seiner Untersuchung am 8. April 2019 habe eine massive ISG-Blockierung bestanden. Die Beschwerden im Bereich der LWS seien weitaus wahrscheinlicher sekundärer Natur, d.h. Folge der protrahierten ISG-Problematik.

7.1 Bei der Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen ist in Bezug auf die Berichte von Dr. F.____ im Hinblick auf die Beweiswürdigung festzuhalten, dass sie als vertrauensärztliche Beurteilungen nur Bestand haben können, wenn keine Zweifel an ihrer inhaltlichen Richtigkeit bestehen. Bereits geringe Zweifel sind gemäss bundesgerichtlicher Praxis geeignet, den Beweiswert versicherungsinterner Berichte aufzuheben (vgl. E. 5.2 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2018, 8C_682/2107, E. 5.2).

7.2 Die Beschwerdeführerin wendet gegen die Beurteilungen von Dr. F.____ ein, dass die bildgebende Beurteilung der ISG-Problematik nicht verlässlich sei, da fraglich sei, ob er überhaupt in Besitz der MRT-Aufnahmen gewesen sei und selbst wenn, sei auf der MRT der LWS vom 21. März 2019 das ISG nicht voll abgebildet. Dazu ist festzustellen, dass aus den Akten hervorgeht, dass die Mobiliar im Besitz der CD mit den MRT-Aufnahmen der LWS der Beschwerdeführerin ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Aufnahmen Dr. F.____ zur Verfügung standen. Dr. F.____ führte in Bezug auf die Darstellung auf den MRT-Bildern aus, dass auf der Aufnahme der LWS ein grosser Teil des Beckens wie auch das ISG und die angrenzenden gelenkbildenden Knochen sichtbar seien. Ob nun die MRT-Bilder vom 21. März 2019 für die Beurteilung der ISG-Problematik ausreichend sind, kann – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – offengelassen werden.

7.3 Die Versicherte macht nämlich weiter geltend, dass die reine Aktenbeurteilung durch Dr. F.____ ungenügend sei und zwingend eine klinische Untersuchung hätte stattfinden müssen. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist eine reine Aktenbeurteilung dann zulässig, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2020, 9C_11/2020, E. 5.1.2). Im vorliegenden Fall ist gerade die Frage, ob eine ISG-Blockade durch die Bildgebung alleine nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden kann, umstritten. Dr. F.____ ist der Auffassung, dass eine unfallbedingte Blockade zwingend bildgebend nachweisbar sei. Dr. E.____ wendet dagegen ein, dass eine ISG-Blockierung – wie bei der Beschwerdeführerin – ein sogenanntes funktionelles Problem von Bewegungsstörungen im Mikrobereich sei, das in den MRT-Bildern nicht sichtbar sei. Die Diagnose der Blockade werde daher klinisch und nicht radiologisch gestellt. Dieser Einwand wird gestützt durch im Internet abrufbare ärztliche Abhandlungen, wonach ein Röntgenbild bei der Diagnose einer ISG-Blockade in den seltensten Fällen weiterhelfe. Die Computertomografie und vor allem die Magnetresonanztomografie sei ohne die zugehörige spezifische körperliche Untersuchung ebenfalls relativ wenig hilfreich (vgl. Dr. med. Peter Konrad Sigg, ISG Blockade – ihre Ursachen und ihre Folgen, www.dr-sigg.de/news/illiosakral-

gelenk-isg-blockade [abgerufen am 12. Oktober 2020]). Dies insbesondere deshalb, weil Fehlstellungen des ISG nicht eindeutig sichtbar seien (vgl. Dr. med. Robert Pflugmacher, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universitätsklinik Bonn, Auf dem Prüfstand: Diagnoseverfahren bei ISG-Syndrom, 3. Januar 2019, www.mdmverlag.com/orthopädie/auf-dem-pruefstand-diagnoseverfahren-bei-isg-syndrom [abgerufen am 12. Oktober 2020]). Weiter ist der Internetrecherche zu entnehmen, dass die Schmerzproblematik einer ISG-Blockade von einer L4/5-Problematik kaum zu unterscheiden sei (vgl. Dr. med. Peter Konrad Sigg, Bandscheibenprotrusion L4/L5 und ISG-Syndrom erkennen und differenziert behandeln, www.dr-sigg.de/news/bandscheibenprotrusion-14-15 [abgerufen am 12. Oktober 2020]). Damit wird auch der weitere Einwand von Dr. E.____ gestützt, dass eine ISG-Blockade regelmässig auch Schmerzen sekundärer Art im Bereich des Rückens bis zum Nacken auslösen könne. Dr. E.____ ist zwar behandelnder Arzt, er ist aber als Facharzt für Rheumatologie zur Beurteilung der vorliegenden Problematik kompetent und vermag zumindest Zweifel an der vertrauensärztlichen Einschätzung von Dr. F.____ zu begründen. Namentlich durfte Dr. F.____ bei dieser Sachlage nicht auf eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin verzichten. Die Mobiliar muss sich daher eine ungenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts vorwerfen lassen. Dies führt zum Schluss, dass die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, um ein versicherungsexternes, orthopädisches Fachgutachten zur Frage der Unfallkausalität der Beschwerden einzuholen und anschliessend erneut zu entscheiden.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. 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.

8.2 Gemäss Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Rechtsvertreterin hat gemäss Honorarnote vom 29. Mai 2020 einen Aufwand von 20.42 Stunden ausgewiesen, was in Berücksichtigung der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen hoch ist, aber aufgrund des doppelten Schriftenwechsels noch vertretbar ist. Der Beschwerdeführerin ist eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'745.60 (inkl. Auslagen von Fr. 229.-- und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9. Nach 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 wieder gutzumachenden 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).

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 der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 5. Dezember 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 5'745.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

http://www.bl.ch/kantonsgericht