Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Januar 2015 (725 14 231/08)

Unfallversicherung

Rückweisung an Vorinstanz zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, indemnis Rechtsanwälte, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel
	gegen
	Helsana Unfall AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Die 1979 geborene A.____ ist seit dem 10. März 2003 bei den Helvetia Versicherungen als kaufmännische Mitarbeiterin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Helsana Versicherungen AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit „Bagatell-Unfallmeldung UVG“ vom 26. Juni 2012 und „Schadenmeldung“ vom 6. Juli 2012 meldete die Arbeitgeberin, dass A.____ am 16. Juni 2012 hinten rechts in ein Auto habe einsteigen wollen und dabei erst mit dem linken Bein im Auto eingestiegen gewesen sei, als der Fahrer losgefahren sei. A.____ habe sich an der Tür festgehalten und sei ein paar Meter mitgeschleift worden. Ihr linkes Bein

sei abgeknickt, das ganze rechte Bein und der Rücken über den Boden geschleift worden und als der Fahrer angehalten habe, sei sie mit dem Rücken und dem Kopf auf den Boden gefallen. Nachdem sie nach Eingang der Unfallmeldung ihre gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses erbracht gehabt habe, habe die Helsana Unfall AG (Helsana) den Fall gemäss Schreiben vom 22. August 2013 an die Versicherte im November 2012 formlos abgeschlossen. Am 22. August 2013 meldete A.____ telefonisch einen Rückfall an. Am 10. Oktober 2013 ging der „Fragebogen für Rückfälle“ bei der Helsana ein. Mit dessen Einreichung ersuchte A.____ die Helsana um erneute Ausrichtung von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. Juni 2012.

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen lehnte die Helsana mit Verfügung vom 24. Januar 2014 eine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall mit der Begründung ab, dass zwischen den im Rückfall geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis kein Kausalzusammenhang bestehe. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 14. Februar 2014 wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 16. Juni 2014 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, die Helsana sei zu verpflichten, weitere Versicherungsleistungen für den Unfall vom 16. Juni 2012 zu erbringen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen zur Kausalität der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall vom 16. Juni 2012 zu tätigen und im Anschluss daran erneut über ihre Leistungspflicht zu entscheiden. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 2. Oktober 2014 beantragte die Helsana die Beschwerde sei abzuweisen.

D. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2014 zog die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um unentgeltliche Prozessführung zurück, da ihr von ihrer Rechtsschutzversicherung Kostengutsprache für das Beschwerdeverfahren erteilt worden sei.

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 Pratteln, 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. Demzufolge ist auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 15. August 2014 einzutreten.

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 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3.1 Wie eingangs erwähnt, hat die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin ein Unfallereignis vom 16. Juni 2012 gemeldet. Nach Eingang der Unfallmeldung hat die Beschwerdegegnerin ihre gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses erbracht. Gemäss Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 22. August 2013 an die Versicherte hat sie im November 2012 den Fall formlos abgeschlossen. Das Bundesgericht hat im Entscheid 132 V 412 ff. festgehalten, dass der Unfallversicherer, welcher die Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) ohne Zusprechung von Dauerleistungen (Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung) beabsichtigt, den damit einhergehenden Fallabschluss nicht im formlosen Verfahren (Art. 51 Abs. 1 ATSG) behandeln darf, sondern vielmehr verpflichtet ist, einen solchen Fallabschluss formell zu verfügen. Falls der Versicherer jedoch die (ganze oder teilweise) Verweigerung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt hat und die betroffene Person damit nicht einverstanden ist, hat sie dies grundsätzlich innerhalb eines Jahres zu erklären. Diesfalls hat der Versicherer eine Verfügung zu erlassen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann. Ohne fristgerechte Intervention

erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145).

3.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin den Fall weder mit Verfügung noch mittels formloser Mitteilung an die Versicherte abgeschlossen. Mit Schreiben vom 22. August 2013 an die Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass der Fall im November 2012 abgeschlossen worden sei. Aus den Akten ist jedoch ein Fallabschluss nicht ersichtlich. Somit hat auch keine Frist zu laufen begonnen, innert der die Versicherte hätte gegen den Fallabschluss opponieren können. Ausserdem hat die Versicherte am 22. August 2013 und somit vor Ablauf eines Jahres nach dem angeblichen – formlosen – Fallabschluss neue Versicherungsleistungen gestützt auf das Unfallereignis vom 16. Juni 2012 geltend gemacht. Somit ist davon auszugehen, dass der Fall nicht rechtswirksam abgeschlossen wurde bzw. die Versicherte jedenfalls vor Ablauf eines Jahres gegen den angeblichen Fallabschluss im November 2012 opponiert hat. Demzufolge wären weitere Versicherungsleistungen nicht als Leistungen aus einem Rückfall, sondern als Leistungen aus dem Grundfall von der Beschwerdegegnerin zu erbringen, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

4.1 Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang der von der Versicherten am 22. August 2013 gemeldeten "Rückfallfolgen“ zu Recht die erneute Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. Juni 2012 abgelehnt hat.

4.2 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 im Sinne einer Teilursache 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 entfiele (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).

4.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des fortbestehenden Gesundheitsschadens darstellt,

wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, 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). 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 Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich 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. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie insbesondere 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). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Berichtes ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten

oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

5.2 Im Weiteren 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-)Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, erkennt die Rechtsprechung zwar ebenfalls Beweiswert zu. Es ist allerdings zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 135 V 469 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 353. E. 3b/ee). Sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

6.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und der Frage der Unfallkausalität liegen die folgenden Berichte vor:

6.2 Die Versicherte war nach dem Unfallereignis vom 19. – 26. Juni 2012 bei Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Medizin, in Behandlung. Als Diagnose hielt er eine Kontusion am rechten Bein fest. Gemäss Schreiben von Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 27. August 2013 habe die Beschwerdeführerin anlässlich einer Konsultation im Oktober 2012 das Unfallereignis erwähnt und auch während der nachfolgenden Konsultationen mehrfach über Kniebeschwerden geklagt. Eine explizite Untersuchung diesbetreffend habe jedoch bei ihr nie stattgefunden. Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, veranlasste am 12. August 2013 ein MRI des linken Knies. Die radiologische Diagnose von Dr. med. E.____, FMH für med. Radiologie, vom 21. August 2013 gestützt auf das MRI vom 19. August 2013 lautete: „Kleinvolumiger Reizerguss. Kleine Femurtrochlea, welche medialseits von der Patella überragt wird. Keine chondralen, keine osteochondralen Defekte. Kreuzbänder, Seitenbänder und Menisci intakt. Keine entzündlichen Veränderungen der Gelenkskapseln im linken Kniegelenk. Keine Usuren. Keine entzündlichen knöchernen Veränderungen“. Auf Veranlassung von Dr. med.F.____, FMH Rheumatologie, wurde am 24. Oktober 2013 ein MRI und CT des linken Oberschenkels angefertigt. Die radiologische Diagnose von Dr. med. G.____, FMH für med. Radiologie, vom 31. Oktober 2013 lautete: „Die umschriebene, zirzinäre Verkalkung der Markraumregion am proximalen Femur ist benigner Natur und könnte mit einer reparativen Sklerosierung bei Status nach alter Stressfissur sein. Kein Nachweis eines Enchondroms oder einer Neoplasie.“ Ebenfalls auf Veranlassung von Dr. F.____ wurde am 27. November 2013 ein MRI des rechten Kniegelenks erstellt. Dabei wurde am 5. Dezember 2013 folgende radiologische Diagnose von Dr. E.____ gestellt: „Minimaler Reizerguss. Das vordere Kreuzband zeigt langstreckig eine minimale odematöse Verdickung und Kontrastenhancement, vereinbar mit einem Status nach vorderer Kreuzbandruptur in Restitution. Hinteres Kreuzband und Seitenbänder intakt. Menisci ohne Rissbildungen oder degenerativen Veränderungen. Keine chondralen und

keine osteochondralen Defekte. Kein Status nach Infrakturen. Als Normvariante kleine Femurtrochlea, welche medialseits von der Patella überragt wird. Minimales Ödem des Hoffafettkörpers lateral unter dem Patellapol." Im Arztzeugnis UVG vom 13. Dezember 2013 äusserte Dr. F.____ als Diagnose einen Status nach Stressfissur proximaler Femur links, Status nach Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Status nach Distorsion des OSG rechts grösser als links. Die Beschwerden seien auf den Unfall vom 16. Juni 2012 zurückzuführen.

6.3 Die Beschwerdegegnerin holte zur Beurteilung der Unfallkausalität der von der Versicherten als Rückfall gemeldeten Beschwerden eine Stellungnahme bei Prof. Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. In seinem Bericht vom 23. Januar 2014 bezeichnet der genannte Facharzt einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 16. Juni 2012 und den im Jahr 2013 geklagten Beschwerden als „möglich". Anlässlich des Unfallereignisses vom 16. Juni 2012 hätten wohl diverse Körperkontusionen und Schürfungen stattgefunden. Eine wesentliche Unfallfolge im Sinne eines Bänderrisses, eines grösseren Hämatoms oder gar einer Fraktur sei auch im MRI nicht nachgewiesen worden, „wobei mal das linke und mal das rechte Knie im Fokus gestanden" sei. In der Dokumentation werde einerseits eine seit 2 Jahren andauernde Arbeitsunfähigkeit beschrieben, an anderer Stelle werde von rheumatologischer Erkrankung gesprochen, dann sei sogar ein Lupus erythematodes im Spiel. Eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung laufe. Die letzten Angaben würden darauf hindeuten, dass die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich mit einer Krankheit in Zusammenhang gebracht werden müssten. Von einem Rückfall oder Spätfolgen könne somit nicht die Rede sein.

7.1 Zu klären ist, ob die Kausalitätsfrage gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen beantwortet werden kann. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und der Frage des Ursprungs der Beschwerden vollumfänglich auf den Bericht von Prof. H.____ vom 23. Januar 2014 und ging davon aus, dass ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 16. Juni 2013 und den von der Versicherten am 22. August 2013 als Rückfall vorgebrachten Beschwerden „möglich" und somit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei.

7.2 Vorweg ist festzuhalten, dass die medizinische Beweislage dürftig ist. Für Prof. H.____ steht die rheumatologische Erkrankung im Vordergrund, weshalb er die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden als wahrscheinlich krankheitsbedingt wertet. Allerdings setzt sich Prof. H.____ mit den Kniebeschwerden nicht auseinander und er erklärt auch nicht, weshalb die Beschwerden nicht unfallkausal sein sollen. Es ist ausserdem nicht ersichtlich, ob Prof. H.____ die MRI vom 24. Oktober und vom 27. November 2013 bzw. die sich daraus ergebenden radiologischen Diagnosen vom 31. Oktober und vom 5. Dezember 2013 sowie der Arztbericht von Dr. F.____ vom 13. Dezember 2013 vorgelegen haben. Jedenfalls werden diese Unterlagen im Bericht von Prof. H.____ weder erwähnt – im Gegensatz zum MRI vom 19. August 2013 – noch bezieht sich Prof. H.____ auf die genannten MRI und radiologischen Diagnosen. Als Bemerkung wird einzig angefügt, bei der Fallbeurteilung hätten die Akten bis und mit Eingang 20. Januar 2014 vorgelegen. Eine Auseinandersetzung mit dem Unfallhergang und den

vorliegenden bildgebenden Unterlagen wird von Prof. H.____ nicht vorgenommen. Ebenfalls hat Prof. H.____ die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht. Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Unfallhergang und die heute geklagten Beschwerden bzw. die durch die bildgebenden Verfahren festgestellten Läsionen lassen die Unfallkausalität als möglich erscheinen. Dr. F.____ seinerseits geht davon aus, dass die heute geklagten Schmerzen im linken Knie auf die ödematöse Verdickung und Kontrastenhancement, vereinbar mit einem Status nach Kreuzbandteilruptur am vorderen Kreuzband, und die am rechten Bein geklagten Beschwerden auf den Status nach alter Stressfissur zurückzuführen seien. Er führt diese Verletzungen auf das Unfallereignis zurück und führt aus, dass die Schmerzen keine Folge von Krankheiten seien. Auch auf diese Ausführungen ist Prof. H.____ nicht eingegangen.

7.3 In der Summe bleiben daher gewisse Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung des Vertrauensarztes zurück. Dies umso mehr als zu berücksichtigen ist, dass es genügt, wenn das Unfallereignis eine Teilursache der heutigen Beschwerden darstellt. Bei Beurteilungen durch versicherungsinterne Ärzte genügen bereits geringste Zweifel, um ihre Verbindlichkeit aufzuheben. Hinzu kommt, dass ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage lediglich zulässig ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_653/2009, E. 5.2 mit Hinweis). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

8.1 Gemäss Bundesgericht stellt sich, wenn der Bericht einer versicherungsinternen oder -externen Stelle nicht schlüssig ist und wenn die offene Tatfrage nicht anhand anderer Beweismittel geklärt werden kann, das Problem, inwieweit die mit der Streitsache befasste Beschwerdeinstanz noch die Wahl haben soll zwischen einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung, damit diese eine neue oder ergänzende Expertise veranlasst, und der Einholung eines Gerichtsgutachtens (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Bereits zuvor hat das Bundesgericht festgehalten, dass den kantonalen Gerichten die Kompetenz zur vollen Tatsachenüberprüfung zufällt, die sie nötigenfalls durch Einholung gerichtlicher Expertisen auszuschöpfen haben (BGE 136 V 376 E. 4.2.3). Schliesslich hat das Bundesgericht die bisherige ständige Rechtsprechung, wonach das kantonale Gericht prinzipiell die freie Wahl hatte, bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen oder aber selber zur Herstellung der Spruchreife zu schreiten (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.3), geändert. So hat es erkannt, dass es zwar nicht angebracht ist, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen, doch drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zu beachten sind zudem die Ausführungen des Bundesgerichts im hiervor zitierten BGE 137 V 210 ff., wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wä-

re von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 ff. E. 4.2).

8.2 Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin im Lichte der Praxis des Bundesgerichts als gerechtfertigt. Aufgrund des Beschwerdebilds kann nicht ausgeschlossen werden, dass die heutigen Schmerzen traumatischen Ursprungs sind. Die Frage des Kausalzusammenhangs wurde von der Beschwerdegegnerin nur sehr rudimentär abgeklärt. Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin ist daher als nahezu ungeklärt zu betrachten. Die Beschwerdegegnerin ist damit ihrer Pflicht zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht genügend nachgekommen, indem sie sich mit der Beurteilung des Vertrauensarztes zufriedengegeben hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Juni 2014 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur erneuten medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird bei einem versicherungsexternen Facharzt oder einer versicherungsexternen Fachärztin ein Gutachten zur Klärung der Kausalität der Beschwerden der Versicherten einzuholen haben. Gestützt auf die Ergebnisse des Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere Versicherungsleistungen neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9. Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Rechtsvertreter hat gemäss Honorarnote vom 24. November 2014 einen Aufwand von 10 Stunden und 35 Minuten ausgewiesen. Davon abzuziehen ist der Aufwand von 40 Minuten, den der Rechtsvertreter im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung erbracht hat. Die Helsana hat folglich dem Rechtsvertreter ein Honorar in Höhe von Fr. 2‘745.20 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Helsana Unfall AG vom 16. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Helsana Unfall AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘745.20 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht