



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. Juli 2020 (725 19 407 / 153)

Unfallversicherung

Teilursächlichkeit des Unfallereignisses: Es besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts, weshalb eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage nicht möglich ist; Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Felicia Käslin

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach, 4002 Basel

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1955 geborene A.____ ist seit dem 1. Februar 2002 bei der B.____ AG in X.____ tätig und in dieser Eigenschaft bei der AXA Versicherungen AG (AXA) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 21. Februar 2019 erlitt A.____ am 25. Januar 2019 einen Unfall, als er beim Abladen von Bäumen rückwärtsfiel und sich dabei

seinen rechten Fuss einklemmte. Mit Unfallmeldungen vom 12. März 2019 und vom 9. Mai 2019 gab A._____ ergänzend an, beim Unfall sei eine Sehne gerissen, was erst viel später festgestellt worden sei. Nach Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse teilte die AXA dem Versicherten mit Verfügung vom 10. Juli 2019 mit, dass kein Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis erkannt worden sei, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung bestehe. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 26. November 2019 fest.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 22. Dezember 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 26. November 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch ein Gerichtsgutachten zu klären. Subeventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 10. März 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 22. Dezember 2019 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 25. Januar 2019 zu Recht abgelehnt 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).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossen Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 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 schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1; ANDREAS TRAUB, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479). 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2020, 8C_669/2019, E. 4).

2.4 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 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. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

2.5 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil des Bundesgerichts vom 21. Mai 2010, 8C_816/2009, E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung selbst dann hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene, und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 6). Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mithin wird mit Art. 36 UVG das Kausalitätsprinzip teilweise durchbrochen; der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb auch keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.3 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 f.). 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4. Der strittigen Angelegenheit liegen im Wesentlichen die nachfolgend aufgeführten ärztlichen Unterlagen zu Grunde.

4.1 Im Verlaufsbericht vom 5. Februar 2019 hielt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, der Versicherte habe seit ca. zwei Wochen Schmerzen auf Höhe des Sprunggelenks und klage über leichte Beschwerden an der Knieaussenseite rechts. Dr. C.____ hielt in seiner Beurteilung fest, es seien am oberen Sprunggelenk (OSG) rechts anamnestisch Schmerzen, teils leichte Schwellung, am ehesten eine leichte Tendinopathie und zusätzlich ein leichter Fersensporn dorsal klinisch feststellbar. Gemäss Röntgenbild bestehe ein Verdacht auf

Arthrose im oberen Sprunggelenk (OSG) und es sei ein kleines Ossikel oberhalb des Calcaneus sichtbar.

4.2 Nach Durchführung eines MRT des OSG rechts hielt Dr. med. D.____, FMH Radiologie, in seiner Beurteilung vom 9. Februar 2019 fest, es liege eine fortgeschrittene USG-Arthrose mit knöchernem Konflikt der gelenkbildenden Abschnitte zwischen Talus und Calcaneus mit erheblichem Erguss und diffusem begleitendem Knochenmarködem talocalcanear mit möglicherweise beginnender Insuffizienzfraktur des Calcaneus, ein Os trigonum, ein Erguss im OSG, eine fokale Tendinopathie der Peronealsehnen submalleolär, ein kurzer Längssplitt der Sehne des Musculus peroneus brevis submalleolär sowie ein kleiner Knorpel-schaden an der distalen Tibia auf Höhe der medialen Talusschulter vor.

4.3 Dr. C.____ hielt im Verlaufsbericht vom 18. Februar 2019 fest, der Versicherte habe sich um den 20. Januar 2019 herum den rechten Fuss bei einem Sprung von der Lastwagenrampe auf den Boden (ca. 1,3 Meter) "vertrampft".

4.4 Mit Bericht vom 20. Februar 2019 diagnostizierte Dr. med. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine aktivierte Arthrose im unteren Sprunggelenk rechts bei Status nach Kontusion im Januar 2019 sowie eine Tendinopathie der Peronealsehnen mit Längssplitt der Peroneus brevis. Anamnestisch hielt sie fest, der Versicherte sei mit Beschwerden am rechten Rückfuss vorstellig geworden. In den letzten Jahren habe er sich immer mal wieder leicht "vertrampft". Im Januar 2019 sei es dann zu einem Kontusionstrauma gekommen. Im Verlauf hätte er vermehrte Schmerzen im Bereich des Rückfusses sowie auch retromalleolar lateral und in den lateralen Unterschenkel ausstrahlend gehabt. Im Röntgen und im MRI zeige sich gemäss Dr. E.____ eine fortgeschrittene Arthrose im unteren Sprunggelenk, fraglich bei Coalitio mit deutlichem Knochenmarksödem talocalcanear sowie Erguss und zusätzlich Tendinopathie der Peronealsehnen mit Längssplitt der Peroneus brevis Sehne. Dr. E.____ gab zudem an, dass mittelfristig eine Arthrodesse des unteren Sprunggelenks und zusätzlich eine Revision sowie gegebenenfalls eine Tenodesse der Peronealsehnen vonnöten werde. Schliesslich hielt Dr. E.____ fest, der Versicherte wolle auf der Arbeit nicht ausfallen, weshalb sie ihm – nebst einer Schiene und Schmerzmittel – Physiotherapie verordne.

4.5 Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 12. März 2019 eine traumatisierte OSG-Arthrose, differenzialdiagnostisch eine traumatisierte talocalcaneale Coalitio sowie kurze Peronealsehnen-Läsion rechts nach axialem Stauchungstrauma vom 25. Januar 2019, eine Hypertonie sowie eine Arteriosklerose. Anamnestisch hielt er fest, der Versicherte sei am 25. Januar 2019 beim Ausweichen eines auszuladenden Baumes (knapp eine Tonne schwer) von der Ladenfläche eines LKW (Höhe ca. 1,5m) gesprungen, wobei er direkt auf seiner rechten Ferse gelandet sei. In seiner Beurteilung gab Dr. F.____ an, es bestehe eine traumabedingt aktivierte Arthrose des hinteren Sprunggelenkes sowie eine Längsläsion der Peroneus brevis-Sehne, weshalb eine zeitnahe operative Sanierung indiziert sei.

4.6 Gemäss Operationsbericht vom 25. März 2019 nahm Dr. F.____ am 22. März 2019 eine USG-Schrauben-Arthrodese sowie eine Peronealsehnenrevision und eine Tuberalisierung rechts vor.

4.7 Mit Austrittsbericht vom 27. März 2019 diagnostizierte Dr. F.____ eine posttraumatische OSG-Arthrose, eine kurze Peronealsehnen-Läsion rechts nach axialem Stauchungstrauma vom 25. Januar 2019, eine Hypertonie und eine Arteriosklerose. Dem Versicherten attestierte er zudem eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 22. März 2019 bis zum 21. April 2019.

4.8 In seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2019 gab der versicherungsinterne Arzt Dr. med. G.____, FMH Chirurgie sowie Allgemein Chirurgie und Traumatologie, an, die beklagten Beschwerden stünden in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 25. Januar 2019. Es finde sich kein morphologisch fassbares, unfallkausales Korrelat bei schwerer vorbestehender USG- und OSG-Arthrose rechts.

5. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht einerseits mangels Anerkennung eines Unfallereignisses, andererseits gestützt auf die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 27. Juni 2019 und übernahm lediglich die Abklärungskosten (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Zunächst ist deshalb zu prüfen, ob vorliegend von einem Unfallereignis auszugehen ist.

5.1.1 Aus den Akten geht hervor, dass die drei Unfallmeldungen vom 21. Februar 2019, vom 12. März 2019 und vom 9. Mai 2019 hinsichtlich Unfalldatum, -ort, -zeit, -hergang und erlittene Verletzung übereinstimmen, wobei in Bezug auf die zwei letzteren festzustellen ist, dass ergänzend ein Sehnenriss angegeben wird. Die Unfallmeldungen legen den gleichen Sachverhalt dar und stimmen inhaltlich im Wesentlichen überein. Insgesamt bestehen keine Zweifel, dass sich der gemeldete Unfall am 25. Januar 2019 ereignet hat.

5.1.2 Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, es sei fraglich, ob das als Unfall gemeldete Ereignis tatsächlich stattgefunden hat, ist ihr somit nicht zu folgen. Zwar ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass der Beschwerdeführer das Unfallereignis erst anlässlich der ärztlichen Konsultation vom 18. Februar 2019 gegenüber seinem Arzt erwähnte. Allerdings kann die Beschwerdegegnerin daraus nicht ableiten, das Unfallereignis habe nicht stattgefunden, zumal auch erst anlässlich der ärztlichen Konsultation bei Dr. F.____ vom 11. März 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. Unfallmeldung vom 9. Mai 2019). Insofern erscheint nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer den Unfall erst erwähnte, als er aufgrund der Beschwerden am rechten Fuss nicht mehr in der Lage war zu arbeiten. Im Übrigen gab die Beschwerdegegnerin gemäss einem schriftlich dokumentierten Telefongespräch vom 17. Mai 2019 gegenüber dem Sohn des Beschwerdeführers an, es werde nicht der Unfall, sondern die Kausalität verneint.

5.1.3 Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist somit festzuhalten, dass vorliegend von einem Unfallereignis auszugehen ist.

5.2 Als Nächstes ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. Januar 2019 zu Recht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die beklagten Beschwerden würden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 25. Januar 2019 stehen. Vielmehr seien die Befunde degenerativer Natur, da eine schwere USG- und OSG-Arthrose vorbestanden habe.

5.2.1 Selbst wenn die beklagten Beschwerden überwiegend auf eine Degeneration zurückzuführen wären, müsste berücksichtigt werden, dass es für die Frage der Kostenpflicht bezüglich Heilbehandlung und Taggeld-Leistungen genügt, wenn der Unfall eine Teilursache darstellt: Art. 36 Abs. 1 UVG bestimmt in diesem Sinn, dass die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt werden, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist. Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung auszugehen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Dies ist vorliegend der Fall, da einzig eine Sprunggelenkproblematik vorliegt.

5.2.2 Mit Blick auf diese Vorgaben bezüglich Teilkausalität reicht es zur Begründung des Wegfalls des Kausalzusammenhangs nicht aus, wenn Dr. G._____ äusserst knapp und ohne Begründung auf das Vorliegen von unfallfremden Faktoren (schwere vorbestehende USG- und OSG-Arthrose) verweist. Dr. G._____ setzt sich in keiner Weise mit einer allfälligen (Teil-) Ursächlichkeit auseinander, sondern führt ohne jegliche Begründung aus, es würden ausschliesslich unfallfremde Faktoren vorliegen. Zur Kernfrage, ob der Unfall die vorbestehende Arthrose aktiviert hat, sodass die Arthrodeese erforderlich wurde, äussert er sich ebenfalls nicht. Die in den Arztberichten vom 20. Februar 2019 (vgl. E. 4.4 hiavor) und vom 12. März 2019 (vgl. E. 4.5 hiavor) diagnostizierte posttraumatische USG-Arthrose bzw. traumatisierte OSG-Arthrose und die ärztliche Wortwahl "Kontusionstrauma" lassen indes darauf schliessen, dass zumindest ein teilkausales Gewicht für die Beschwerden dem Unfallereignis zukommt.

5.2.3 Die Einschätzungen von Dr. G._____ als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin sind zweifellos als versicherungsinterne ärztliche Feststellungen zu qualifizieren. Gestützt auf die obigen Ausführungen bestehen berechtigte Zweifel an seiner Beurteilung. Einerseits, weil er von ausschliesslich unfallfremden Faktoren ausgeht, und andererseits nicht in Betracht gezogen hat, dass auch schon eine Teilkausalität für die Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt. Dass kein morphologisch fassbares Korrelat festgestellt werden konnte, sagt noch nichts darüber aus, ob die Beschwerden am Sprunggelenk in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Damit kann auf die Beurteilung von Dr. G._____ nicht abgestellt werden. Gestützt auf die Unfallmeldung und die sich in den Akten befindlichen Arztberichte ist davon auszugehen, dass das Sprunggelenk beim Sprung von der Ladenfläche auf den Boden in Mitleidenschaft gezogen wurde und es ist abzuklären, ob dieser Sprung zu einer Verschlimmerung des Vorzustandes geführt hat.

5.2.4 Selbst wenn davon auszugehen ist, dass tatsächlich erhebliche degenerative Veränderungen vorliegen, die früher oder später auch ohne Unfall einen operativen Eingriff notwendig gemacht hätten, so würde dies für die Verneinung des Kausalzusammenhangs nicht ausrei-

chen. Denn auch wenn mit dem Unfall lediglich eine vorbestehende Arthrose aktiviert worden wäre, so müsste für die Verneinung der Leistungspflicht überwiegend wahrscheinlich feststehen, dass die Operation auch ohne Unfall ebenfalls bereits im März 2019 notwendig geworden wäre.

5.2.5 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist der Nachweis, dass die USG-Schrauben-Arthrodesse und die Peronealsehnenrevision vom 22. März 2019 zur gleichen Zeit notwendig geworden wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte, mit der Beurteilung von Dr. G._____ nicht erbracht. Er liefert keine nachvollziehbare Erklärung für seine Einschätzung, dass die Kausalität von vornherein nicht gegeben ist. Eine Teilursächlichkeit des Unfallereignisses lässt sich gestützt auf seine Ausführungen jedenfalls nicht von der Hand weisen.

5.3 Zusammenfassend besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage ist daher nicht möglich. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben, und es sind weitere medizinische Abklärungen in Bezug auf das gesamte Beschwerdebild vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann das Sozialversicherungsgericht nicht frei entscheiden, ob es eine Streitsache an die Verwaltung zurückweist. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt aber unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Unfallkausalität und insbesondere auch die Teilkausalität der beim Versicherten bestehenden Beschwerden am rechten Sprunggelenk und die dadurch notwendig gewordene Operation durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch des Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6. Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

6.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an den Versicherungsträger zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und der Versicherungsträger als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 f., BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen; SUSANNE BOLLIGER, Basler Kommentar zum ATSG, Rz. 79 zu Art. 61 ATSG).

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

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Dessen Rechtsvertreterin hat in ihrer Honorarnote vom 23. März 2020 einen Zeitaufwand von 7,75 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 84.30 geltend gemacht. Dieser Aufwand ist nicht zu beanstanden. Dem Beschwerdeführer ist demnach für das vorliegenden Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'177.50 (7,75 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 84.30 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

7.2 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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 26. November 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'177.50 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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