



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 10. Dezember 2020 (725 20 190 / 308)**

---

**Unfallversicherung**

**Würdigung der Arztberichte**

\_\_\_\_\_ Besetzung                      Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

\_\_\_\_\_ Parteien                      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**, Postfach, 8010 Zürich, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff                      Leistungen

A.            Der 1981 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete seit Mai 2018 als Hotel-Geschäftsführer für die B.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ und war in dieser Eigenschaft bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz) obligatorisch unfallversichert, als er am 5. November 2018 auf einem Fussgängerstreifen in C.\_\_\_\_ von einem Auto angefahren wurde. Dabei zog er sich eine Hüftkontusion rechts und eine Handgelenkskontusion links zu. Die Allianz anerkannte ihre Leistungspflicht und übernahm die Heilbehandlungskosten. Gestützt auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes stellte

die Allianz ihre Leistungen mit Verfügung vom 11. April 2019 per 5. Februar 2019 ein. Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Allianz mit Entscheid vom 14. April 2020 ab.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, mit Eingabe vom 18. Mai 2020 Beschwerde am Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, die Allianz sei in Aufhebung des angefochtenen Entscheids zu verpflichten, die Kosten der Arthroskopie vom 8. März 2019 zu übernehmen und ihm für den Zeitraum vom 8. März bis mindestens 31. März 2019 ein Taggeld basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszurichten.

C. Mit Vernehmlassung vom 16. Juli 2020 beantragte die Allianz, dass die Beschwerde abgewiesen werde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in C.\_\_\_\_, 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 des Versicherten vom 18. Mai 2020 ist demnach einzutreten.

2. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Unfall vom 5. November 2019 anerkannt. Strittig ist jedoch, ob die gesetzlichen Leistungen durch den Unfallversicherer zu Recht per 5. Februar 2019 eingestellt wurden bzw. ob die danach angefallenen Kosten für die Arthroskopie vom 8. März 2019 sowie Taggeldleistungen vom 8. März bis mindestens 31. März 2019 – als Folge der Arthroskopie – von der Beschwerdegegnerin zu erbringen sind.

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). Zu dieser vom Unfallversicherer zu übernehmenden Heilbehandlung gehören unter anderem die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren (Art. 10 Abs. 1 lit. d UVG).

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 Beweismwürdigung 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 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 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 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. Nach der strengen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend die Unfallkausalität von operativen Eingriffen ist diese selbst dann gegeben, wenn der betreffende Schaden auch ohne das Unfallereignis früher oder später eingetreten wäre und der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung ("conditio sine qua non") darstellte. Anders verhält es sich lediglich dann, 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. 4.1.1). 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. Die blosse 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 leistungsbegründender 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).

3.1 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).

3.2 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 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).

3.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen

zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C\_677/2014, E. 7.2).

4. Grundsätzlich ist erwiesen und auch unbestritten, dass die über den 5. Februar 2019 anhaltenden Beschwerden am linken Handgelenk des Beschwerdeführers, welche zu einer MRT-Abklärung vom 8. Februar 2019 und danach zum arthroskopischen Eingriff vom 8. März 2019 geführt haben, in keinem kausalen Verhältnis zum Unfall vom 5. November 2018 standen, sondern einen krankhaften Ursprung hatten. So hält der vom Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde eingereichte Bericht des behandelnden Handchirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Handchirurgie und FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. Mai 2019 fest, dass am 8. März 2019 während der Probebiopsie in der Histologie eine Riesenzellsynovialitis des Handgelenks gefunden und am 11. April 2019 die totale Synovektomie bei diesem lokal aggressiv wachsenden, benignen Tumor durchgeführt worden sei. Die Tatsache, dass im Jahr 2013 dieser Tumor bereits am gleichen Handgelenk während einer Operation gefunden worden sei, untermauere das vorherige Vorhandensein des Tumors bereits vor dem Unfall vom 5. November 2018. Es sei bekannt, dass diese Tumoren häufig klinisch erst nach einem Unfall oder Bagatellunfall auffällig würden. Im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie habe eine Unfallfolge ausgeschlossen werden können, nachdem auch das vorgängige MRI hinsichtlich Verletzungsfolge unauffällig gewesen sei. Man könne sich nun darüber streiten, ob nach einer Handgelenksdistorsion, welche offensichtlich und nachweislich ohne strukturelle Läsion vorgelegen habe, die Wiederherstellung des Zustandes im Vergleich zu vor dem Unfall drei Monate dauere oder länger. In der Regel seien es aber drei Monate. Die diagnostische Arthroskopie vom 8. März 2019 sei zum Ausschluss von Unfallfolgen durchgeführt worden und könne bei entsprechendem Goodwill der Unfallversicherung als Unfallbehandlung abgegolten werden. Bei unauffälligem Befund nach einer diagnostischen Arthroskopie sei mit einer Rehabilitation von zwei bis vier Wochen zu rechnen. Die gefundene Riesenzellsynovialitis des Handgelenks könne aber nicht mit dem Unfall in Verbindung gebracht werden. Die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers sowie die Bewegungseinschränkung seien am ehesten auf die totale Synovektomie zurückzuführen und damit auf die vorhandene Erkrankung mit der Riesenzellsynovialitis.

5. Der Beschwerdeführer macht nun aber geltend, dass gestützt auf Art. 45 Abs. 1 ATSG der Versicherer die Kosten für die diagnostische Arthroskopie vom 8. März 2019 und die anschliessende Arbeitsunfähigkeit zu übernehmen habe.

5.1 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die Beschwerdegegnerin hat die Arthroskopie nicht angeordnet. Der Beschwerdeführer wendet aber ein, dass die Arthroskopie diagnostische Zwecke verfolgt habe; sie habe nämlich zum Ziel

gehabt, Unfallfolgen nachzuweisen oder auszuschliessen. Die Arthroskopie sei daher zur Beurteilung des Anspruches unerlässlich gewesen, so dass sie von der Allianz hätte angeordnet werden müssen.

5.2 Praxisgemäss hat eine Versicherung eine Abklärung anzuordnen und zu bezahlen, wenn die entsprechende Abklärung im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht unerlässlich gewesen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2015, 9C\_858/2014, E. 6). Der Beschwerdeführer wurde nach dem Unfall vom 5. November 2018 gleichentags auf der Notfallstation klinisch untersucht und radiologisch abgeklärt. Die radiologische Abklärung der linken Hand hat ergeben, dass keine ossären Läsionen und keine frischen Blutungen vorlagen. Klinisch wurde in Bezug auf das linke Handgelenk eine Kontusion diagnostiziert. Wie der behandelnde Handchirurg bestätigt hat, heilt eine Kontusion in der Regel innert drei Monaten aus, so dass bei anhaltenden Beschwerden in der Regel nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von unfallkausalen Beschwerden auszugehen ist. Folglich ist fraglich, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes weitere Abklärungen hätte vornehmen müssen. Immerhin ist einzuräumen, dass aufgrund der Röntgenuntersuchung am Unfalltag eine unfallbedingte Sehnen- oder Bänderverletzung nicht ausgeschlossen werden konnte und dass die MRI-Abklärung vom 8. Februar 2019 nur 3 Tage nach Ablauf der dreimonatigen Frist seit dem Unfall erfolgt ist. Ob die MRI-Untersuchung vom 8. Februar 2019 als im Rahmen der Untersuchungspflicht der Allianz unerlässliche Abklärung zu qualifizieren ist oder nicht, kann aber letztlich offenbleiben, denn die Allianz hat – wie sie in ihrer Vernehmlassung ausführt und was vom Beschwerdeführer in der Folge auch nicht bestritten wurde – die MRI-Abklärung vom 8. Februar 2019 bezahlt. Das MRI vom 8. Februar 2019 hat – wie Dr. D. \_\_\_\_\_ klar festhält – keine Verletzungsfolgen sichtbar gemacht, das SL- und LT-Band waren regelrecht dargestellt. Vielmehr sind ausschliesslich krankhafte Veränderungen, so der ausgeprägte synoviale Pannus, der Verdacht auf ein entzündliches Geschehen sowie das Ganglion sichtbar geworden. Aufgrund dieses Befundes gab es aus Sicht der Beschwerdegegnerin auch in Berücksichtigung ihrer Untersuchungspflicht keine Veranlassung, weitere Abklärungen vorzunehmen. Die Arthroskopie vom 8. März 2019 diente ausschliesslich der operativen Behandlung eines krankhaften Geschehens und war zur weiteren Abklärung denkbarer Unfallschäden nicht indiziert, nachdem bereits das MRI vom 8. Februar 2019 keine Hinweise auf mögliche Unfallfolgen gegeben hatte. Die Arthroskopie vom 8. März 2019 hat denn auch erneut bestätigt, dass intraoperativ keine Hinweise auf Unfallfolgen festgestellt werden konnten.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 8. Februar 2019 keine Veranlassung hatte, weitere Abklärungen vorzunehmen, so dass sie nach Übernahme der Kosten für die erwähnte MRI-Untersuchung ihre Leistungen zu Recht per 5. Februar 2019 eingestellt hat. Demzufolge ist die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

6. 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. Gemäss dem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung ausgerichtet (Art. 61 lit. g ATSG).



Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Gegen diesen Entscheid wurde am 30. April 2021 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren Nr. 8C\_314/2021) erhoben.

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