



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

**vom 17. September 2015 (725 15 194 / 237)**

---

**Unfallversicherung**

**Rückweisung an den Versicherer wegen ungenügender Abklärung des medizinischen Sachverhalts**

\_\_\_\_\_ Besetzung      Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

\_\_\_\_\_ Parteien      A.\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin

gegen

**Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG**, Litigation Hauptbranchen,  
Postfach, 8085 Zürich, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_ Betreff      Leistungen

A.      Die 1953 geborene A.\_\_\_\_ war am 23. Oktober 1989 über einen Teppich gestolpert und gestürzt. Dabei hatte sie sich eine Pilon-Fraktur rechts zugezogen, welche operativ behandelt werden musste. A.\_\_\_\_ war damals bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG hatte denn auch die gesetzlichen Leistungen für die Folgen dieses Ereignisses bis zum Fallabschluss im Juli 1993 erbracht.

Nachdem A.\_\_\_\_ der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG bereits in den Jahren 1999/2000 und 2010 Rückfälle zum Unfallereignis vom 23. Oktober 1989 gemeldet hatte, teilte sie dieser am 18. August 2014 mit, dass sie sich wieder in ärztliche Behandlung habe begeben müssen und dass ein operativer Eingriff bevorstehe. Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG nahm diese Mitteilung der Versicherten als erneute Rückfallmeldung zum Unfallereignis vom 23. Oktober 1989 entgegen. In der Folge wurde A.\_\_\_\_ in der Klinik B.\_\_\_\_ am 7. Oktober 2014 mit einer Knie-Totalprothese am rechten Knie und am 10. Februar 2015 mit einer solchen am linken Knie versorgt.

Mit Verfügung vom 20. März 2015 lehnte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG eine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall ab. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, laut ihren medizinischen Abklärungen seien die aktuellen Kniebeschwerden der Versicherten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 23. Oktober 1989 zurückzuführen. Daran hielt die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 4. Mai 2015 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.\_\_\_\_ am 29. Mai 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie sinngemäss, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen für den gemeldeten Rückfall zu erbringen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 15. Juni 2015 beantragte die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG 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 in Muttenz, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 29. Mai 2015 ist demnach 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).

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. Zwischen den Parteien strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die von der Versicherten im August 2014 als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden, welche eine erneute ärztliche Behandlung erforderlich machten, auf das Unfallereignis vom 23. Oktober 1989 zurückgeführt werden können.

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

3.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 2.2 hiervor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem *neuen* Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil G. des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C\_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

4.1 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).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgut-

achten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, welcher am 7. Oktober 2014 und am 10. Februar 2015 in der Klinik B.\_\_\_\_ die Implantation der Knie-Totalprothesen an beiden Knien der Versicherten vornahm, hatte in seinem Bericht vom 6. Juni 2014 über die gleichentags erfolgte Erst-Konsultation unter dem Titel "Anamnese" festgehalten, die Versicherte habe seit längerer Zeit Beschwerden in beiden Knien, rechts stärker als links; dies bedingt durch einen Unfall Ende der 1980-er-Jahre. Damals sei es zu einer komplexen Unterschenkelfraktur gekommen, welche eine Fehlstellung mitbedingt habe. Seither hätten die Beschwerden im Kniegelenk im Sinne einer posttraumatischen Gonarthrose aufgrund der Fehlbelastung zugenommen. Links bestünden mittlerweile auch Probleme, da die Patientin rechts ausweiche und vermehrt links belaste und damit natürlich auch eine Abnützungstendenz vorhanden sei, welche sich in den letzten zehn Jahren progredient entwickelt habe. Mittlerweile habe die Patientin auch links eine lateral betonte Gonarthrose. Diese Anamnese wiederholte Dr. C.\_\_\_\_ gleichlautend in einem weiteren Bericht vom 7. November 2014.

5.2 Im Februar 2015 ersuchte die Beschwerdegegnerin ihren beratenden Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, um eine versicherungsmedizinische Beurteilung, worauf dieser am 25. Februar 2015 eine kurze schriftliche Kausalitätsbeurteilung erstattete. Darin wies er vorab darauf hin, dass leider keine Ganzbeinaufnahmen oder Aufnahmen aus der Zeit des Unfalls vorliegen würden, um eine allfällige Fehlstellung als Folge der am 23. Oktober 1989 erlittenen Fraktur zu beurteilen. Die vorliegenden Röntgenbilder vom 6. Juni 2104 würden aber auf beiden Seiten eine schwere Gonarthrose zeigen, wobei die linke Seite eher noch stärker betroffen sei. Wenn eine allfällige Fehlstellung die Ursache der Gonarthrose wäre, so wäre schwerpunktmässig nur die rechte Seite betroffen. Somit sei aufgrund der ihm vorliegenden Akten die Implantation einer Knie totalprothese rechts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 23. Oktober 1989.

5.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Mai 2015 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der Kniebeschwerden der Versicherten vollumfänglich auf die erwähnte Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2015. Sie ging demzufolge davon aus, dass die betreffenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23. Oktober 1989 zurückzuführen seien. Somit fehle es an dem für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und den als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden.

5.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann der Kausalitätsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2015 vorliegend aus verschiedenen Gründen kein ausschlag-

gebender Beweiswert beigemessen werden. Die Aussagekraft des Berichts wird als erstes bereits dadurch erheblich geschmälert, als aus diesem nicht klar hervorgeht, welche medizinischen Unterlagen die Beschwerdegegnerin ihrem beratenden Arzt zur Beurteilung vorgelegt hat. In seiner Stellungnahme erwähnt und würdigt Dr. D.\_\_\_\_ einzig die am 6. Juni 2014 angefertigten Röntgenbilder der beiden Knie. Dies legt den Schluss nahe, dass er keine Kenntnis von den verschiedenen aktuellen Berichten des behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ hatte. Jedenfalls geht Dr. D.\_\_\_\_ nicht auf dessen vorstehend (vgl. E. 5.1 hiavor) wiedergegebene Ausführungen ein, die eine Unfallkausalität der heutigen Beschwerden an beiden Knien zumindest als möglich erscheinen lassen. Ebenso wenig thematisiert Dr. D.\_\_\_\_ bei der Versicherten bereits früher aufgetretene gesundheitliche Probleme wie etwa die anhaltenden Beschwerden im Bereich des oberen und des unteren Sprunggelenks und die damit zusammenhängenden Fehlbelastungen, die damals als unfallkausal beurteilt wurden (vgl. Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, vom 15. Dezember 2000) und die ärztliche Behandlungen sowie eine Versorgung mit Schuheinlagen nach sich gezogen hatten. In dieser gänzlich fehlenden Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Unterlagen und insbesondere mit der abweichenden Auffassung des aktuell behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ liegt der hauptsächliche Mangel der Kausalitätsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_. Diese muss unter den geschilderten Umständen klarerweise als unvollständig bezeichnet werden. Darüber hinaus gilt es aber auch zu beachten, dass es sich bei Dr. D.\_\_\_\_ um den beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin handelt. Seine Feststellungen sind deshalb im Rahmen der Beweiswürdigung wie versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen zu behandeln. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiavor), ist es grundsätzlich zwar zulässig, dass ein Sozialversicherer einen Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entscheidet, bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3). Vorliegend bestehen - wie aufgezeigt - in verschiedener Hinsicht Zweifel an der Schlüssigkeit der Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_, weshalb auch unter diesem Aspekt auf dessen Beurteilung nicht abgestellt werden kann.

5.5 Aus dem Gesagten folgt als Ergebnis, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig sind, der relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung. Aus diesem Grund ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Mai 2015 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat die Frage der Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden nochmals fachärztlich abklären zu lassen. Dabei ist es angezeigt, die erforderlichen Abklärungen durch einen unabhängigen, versicherungsexternen Facharzt vornehmen zu lassen. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 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.

6.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht eine 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 Versicherer zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Demnach ist die Beschwerdeführerin vorliegend zwar obsiegende Partei, da sie jedoch ihre Angelegenheit selber vor Gericht vertreten hat, entfällt ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens können demnach wettgeschlagen werden.

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 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 481 f. 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 Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 4. Mai 2015 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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