



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. September 2017 (725 17 98 / 256)

Unfallversicherung

Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Rückfall und ursprünglichem Unfallereignis

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Nadja Wenger

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 3003, 4002 Basel

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegenerin

Betreff Leistungen

A. Die 1958 geborene A.____ war ab August 1995 als Köchin im Teilzeitpensum bei der B.____ angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 8. Juni 1998 erlitt A.____ einen Unfall, als sie beim Wegheben einer schweren Pfanne unglücklich auftrat und sich ihr linkes oberes Sprunggelenk (OSG) verstauchte. Bereits zuvor hatte sie an ihrem rechten Fuss mit Unfallereignis vom 22. Oktober 1996 eine Zerrung

erlitten. Die Mobiliar erbrachte nach Eingang der Unfallmeldung vom 10. Juni 1998 die gesetzlichen Leistungen.

B. Mit Vorbescheid der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 26. September 2001 wurde A.____ aufgrund von Rückenleiden eine ganze IV-Rente ab dem 1. November 2000 zugesprochen.

C. Am 15. Dezember 2003 liess A.____ der Mobiliar durch ihren Hausarzt einen Rückfall zum Unfall vom 8. Juni 1998 melden, wobei sie zunehmende Beschwerden seit dem Supinationstrauma im linken OSG geltend machte. In der Folge holte die Mobiliar ein Gutachten bei Dr. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie, ein und erbrachte gestützt darauf die gesetzlichen Leistungen weiterhin. Nach einer am 4. Januar 2007 erteilten Kostengutsprache für die Anpassung von Schuheinlagen erbrachte die Mobiliar über Jahre keine Leistungen mehr, bis sie schliesslich am 19. Oktober 2012 nochmals Kosten für Winterschuhe übernahm.

D. Am 22. August 2013 wurde A.____ im Spital D.____ erneut wegen Beschwerden im Bereich des linken Fusses vorstellig. Infolge diverser medizinischer Abklärungen und Behandlungen teilte A.____ der Mobiliar anhand des Fragebogens für Rückfälle am 10. April 2014 mit, ihre unfallbedingten Restbeschwerden seien nie ganz abgeklungen. Sie leide unter Fuss- und Sprunggelenkschmerzen. In der Folge holte die Mobiliar verschiedene ärztliche Berichte und eine vertrauensärztliche Beurteilung sowie ein Gutachten bei Dr. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. Gestützt auf dessen Gutachten vom 22. September 2015 lehnte die Mobiliar schliesslich mit Verfügung vom 2. Oktober 2015 ihre Leistungspflicht ab. Als Begründung führte sie aus, dass die Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall im Jahre 1998 zurückzuführen seien. Eine von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2017 ab.

E. Dagegen erhob A.____ am 16. März 2017 Beschwerde bei der Mobiliar, worauf Letztere die Beschwerde gestützt auf Art. 30 ATSG an das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, (Kantonsgericht) weitergeleitet hat. A.____ beantragte sinngemäss, es seien ihr in Aufhebung des Einspracheentscheids die ihr zustehenden Leistungen auszurichten. In ihrer knappen Begründung führte sie aus, die Untersuchung im Dezember 2016 bei Prof. Dr. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe ergeben, dass ihr Fuss habe operiert werden müssen. Dies sei auf den Unfall im Jahre 1998 zurückzuführen. A.____ reichte dem Gericht unter anderem eine Kopie des Operationsberichts vom 22. Februar 2017 ein.

F. In ihrer Vernehmlassung vom 11. Mai 2017 beantragte die Mobiliar die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

G. Das Kantonsgericht hat die IV-Akten beigezogen und gewährte den Parteien mit jeweiligen Schreiben vom 22. Mai 2017 die Möglichkeit zur Stellungnahme.

H. Mit Eingabe vom 13. Juli 2017 verzichtete A.____, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, auf eine Replik. Auch die Mobilgar verzichtete mit Schreiben vom 17. August 2017 auf eine weitere Stellungnahme.

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 X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 16. März 2017 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu beurteilen ist die Leistungspflicht der Unfallversicherung insbesondere in Form einer Kostenübernahme für die Behandlung der ab August 2013 geltend gemachten Beschwerden am linken Fuss. Es stellt sich somit die Frage, ob die Beschwerden im Sinne eines Rückfalls auf das Unfallereignis vom 8. Juni 1998 zurückgeführt werden können.

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 456 E. 4b, 118 V 293 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 garteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schlies-

sen 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 293 E. 2c mit Hinweisen).

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 177 E. 3.1, 134 V 109 E. 2.1). 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 entfielen (BGE 177 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht der Unfallversicherung 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.1 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 2.2 hiavor), 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 293 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 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 157 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

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 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. 4.5 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.1 Die Beschwerdeführerin erlitt am 8. Juni 1998 eine starke Verstauchung am linken Fuss gemäss Unfallmeldung des Hausarztes, Dr. G.____, Praktischer Arzt, vom 10. Juni 1998. In seinem Arzteugnis vom 25. Juni 1998 diagnostizierte Dr. G.____ eine Zerrung des Ligamentum fibulo-talare anterius links und eine konsolidierte Thrombophlebitis bei Verdacht auf eine tiefe Venenthrombose. Im CT-Bericht des linken OSG vom 8. Juli 1998 konnte keine knöcherne Verletzung nachgewiesen werden. Es bestehe jedoch eine deutliche Ergussbildung im Sehnenfach der Peronäussehne und eine Verdickung der Sehne am Hinterrand des Aussenknöchels.

Als Nebenbefund liege eine kleine Corticalisinsel am Calcaneushinterrand vor. Der Befund passe zu einer Peritendinose/Peritendinitis der Peronäussehne links. Im MRI-Bericht vom 4. August 1998 wurde die erhebliche Flüssigkeitsansammlung im gemeinsamen Sehnenscheidenfach der langen und kurzen Peronäussehne dorsal vom Aussenknöchel bestätigt. Der Befund passe zu einer Sehnenscheidenentzündung. Zeichen für eine Sehnenläsion, insbesondere einer Sehnenruptur, bestünden keine. Im Übrigen lägen normale Verhältnisse im Bereich des Fusses vor.

5.2 Nachdem die Beschwerdegegnerin rund fünf Jahre keine Leistungen mehr erbracht hatte, liess die Beschwerdeführerin am 15. Dezember 2003 durch Dr. G.____ einen Rückfall vermelden. Dieser gab als Diagnose an, es bestünden Varusdeformitäten am Fuss beidseits, links mehr als rechts. Zudem liege ein Status nach OSG-Supinationstrauma links am 8. Juni 1998 vor. Zur Abklärung ihrer Leistungspflicht holte die Beschwerdegegnerin daraufhin ein Gutachten bei Dr. C.____ ein. In seinem Gutachten vom 20. September 2004 stellte Dr. C.____ im Rahmen der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 8. Juni 1998 und den beklagten Beschwerden fest, dass der Aufklapp- und Zuklappschmerz lateral am linken oberen Sprunggelenk und die diskrete Druckdolenz entlang der Peronealsehne überwiegend wahrscheinliche Unfallfolgen seien. Die Situation im Chopart-Gelenk mit dem vermuteten Morbus Köhler sei dagegen höchstens eine mögliche Folge des Unfallereignisses. Daraufhin richtete die Beschwerdegegnerin weiterhin Leistungen aus. Letztmals erteilte sie am 4. Januar 2007 eine Kostengutsprache für eine Schuheinlage und übernahm schliesslich am 19. Oktober 2012 nochmals die Kosten für Winterschuhe.

5.3 Rund 15 Jahre nach dem Unfallereignis wurde schliesslich am 22. August 2013 die Behandlung des linken Fusses im Spital H.____ erneut aufgenommen. Die behandelnden Ärzte berichteten von einem komplexen Beschwerdebild. Prof. Dr. F.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Juni 2014 eine komplexe Fussdeformität mit Spitzfussvarus, eine Tibialis posterior Sehnen-Insuffizienz Grad I, einen Verdacht auf ein abgelaufenes Müller-Weiss-Syndrom bei Status nach konservativ behandelter Achillessehnenruptur links 1986, erneute Schmerzen der Achillessehne wechselhaft seit 1998, eine Plantarfasciitis und eine Transfermetatarsalgie II-IV.

5.4 Die Beschwerdegegnerin holte zur Beurteilung der Unfallkausalität der ab August 2013 erneut behandelten Beschwerden am linken Fuss ein Gutachten bei Dr. E.____ ein. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 22. September 2015 ein chronifiziertes multilokuläres Schmerzsyndrom bei Status nach Distorsion des Sprunggelenks rechts 1996 und Status nach Distorsion des Sprunggelenks links 1998, eine mögliche chronische Peritendinitis der Peronealsehnen links mit konstitutioneller Prädisposition und komplexen, wenn auch nicht gravierenden Fehlstellungen im Rück- und Mittelfuss sowie einen Hinweis auf Verdeutlichung/Aggravation mit Diskrepanz der subjektiven Beschwerden im Vergleich zu den objektivierbaren Befunden an den unteren Extremitäten, verschiedenen aktenkundigen Schmerzproblemen und Verdacht auf Rentenbegehrlichkeit. Hinsichtlich der Unfallkausalität stellte Dr. E.____ fest, dass keine wesentliche Pathologie am Sprunggelenk vorliegen würde und die erkennbaren Veränderungen einer konstitutionellen Prädisposition entsprächen, welche das geklagte Beschwerdebild als Folge des letztendlich banalen Misstritts von 1998 nicht annähernd erklärbar oder nachvollziehbar machen würden. Es seien keine objektivierbaren Befunde aktenkundig, welche als Verlet-

zungsfolge erkennbar wären. Der Status quo sine sei allerspätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis eingetreten.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 22. September 2015 gelangt ist. Sie ging demzufolge davon aus, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den ab August 2013 erneut behandelten Beschwerden am linken Fuss und dem Unfallereignis vom 8. Juni 1998 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.1 und 4.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Fachpersonen, die 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. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten von Dr. E.____ vom 22. September 2015 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Hinsichtlich der Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage führt Dr. E.____ in nachvollziehbarer Weise aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine konstitutionelle Prädisposition vorliegt und sich ihr Gesundheitszustand auch ohne den Misstritt spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis eingestellt hätte. Überzeugend ist auch der Hinweis des Gutachters auf die während Jahren ausgebliebene Behandlung. Dieser Umstand spricht ebenfalls klar gegen die Annahme, dass die ab August 2013 erneut behandelten linksseitigen Fussbeschwerden auf das Unfallereignis vom 8. Juni 1998 zurückzuführen sind. Ein solcher Kausalzusammenhang ist jedenfalls – darin ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten – nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

6.2 Was die Versicherte in ihrer kurzen Beschwerdebegründung vorbringt, führt zu keiner anderen Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage.

6.2.1 Die Versicherte bringt vor, dass die im Februar 2017 durchgeführte Operation am linken Fuss aufgrund des Unfallereignisses vom 8. Juni 1998 notwendig wurde. Sie verweist unter anderem auf den Operationsbericht des Spitals D.____ vom 22. Februar 2017. In besagtem Bericht wurde eine Sekundärarthrose bei Müller-Weiss-Syndrom am Talonaviculargelenk links diagnostiziert. Es lägen ein typischer Rückfussvalgus sowie eine Bajonettstellung des Mittelfusses vor. Die Schmerzen seien vor allem im Bereich der Arthrose, weshalb eine Indikation zur Arthrodese (Gelenkversteifung) bestünde. Anlässlich des operativen Eingriffes vom 21. Februar 2017 wurde das Talonaviculargelenk links versteift.

6.2.2 Der Operationsbericht vom 22. Februar 2017 ruft keine Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. E.____ hervor. Es sind keinerlei Widersprüche ersichtlich. Inwiefern das Gutachten von Dr. E.____ ungenügend sein soll, wird von der Beschwerdeführerin indes- sen auch gar nicht näher begründet. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. C.____ in seinem Gutachten vom 20. September 2004 festgestellt hatte, dass die Be- schwerden im Bereich des Chopart-Gelenkes nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. Diese Feststellung ist insofern von Bedeutung, als das Talonaviculargelenk, welches mit der Operation vom 21. Februar 2017 versteift wurde, der mediale Teil des Chopart-Gelenkes bildet. Damit wird bestätigt, dass mit dem operativen Eingriff eine nicht überwiegend wahr- scheinlich unfallkausale Beschwerde behandelt wurde. Insgesamt vermögen somit weder der Operationsbericht vom 22. Februar 2017 noch die unsubstantiierte Behauptung der Beschwer- deführerin das Gutachten von Dr. E.____ und die darin beurteilte Kausalitätsfrage in Zweifel zu ziehen.

6.3 Auch die übrigen aktenkundigen Arztberichte stehen nicht im Widerspruch zu den Ein- schätzungen von Dr. E.____. Einzig die Beurteilungen der Hausärzte Dr. G.____ und Dr. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, weichen davon ab und bejahen den Kausalzu- sammenhang zwischen den Sprunggelenkbeschwerden und dem Unfallereignis vom 8. Juni 1998. So kam Dr. I.____ im Bericht vom 15. Mai 2014 zum Schluss, es bestünde eine chronisch erhebliche, unfallbedingte Verkürzung der Achillessehne, welche zu Schmerzen und Fehlbelas- tungen führe. Dr. G.____ berichtete am 7. Februar 2015, die Beschwerdeführerin würde nach wie vor an den Folgen des Ereignisses vom 8. Juni 1998 leiden. Die für die Rückfallmeldung im April 2014 verantwortlichen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als un- fallbedingt zu betrachten. Diese abweichenden Einschätzungen der Hausärzte sind nicht geeig- net, das Gutachten von Dr. E.____ in Frage zu stellen. Zum einen geniesst das Gutachten des externen Facharztes einen höheren Beweiswert. Und zum anderen hat sich Dr. E.____ in sei- ner Beurteilung insbesondere mit der Diagnose der verkürzten Achillessehne eingehend ausei- nandergesetzt und kam zum Schluss, dass diese beim Ereignis 1998 nicht verletzt worden sei. Insgesamt vermögen die Beurteilungen von Dr. I.____ und Dr. G.____ keine erheblichen Zwei- fel an der Beweiskraft des Gutachtens von Dr. E.____ und die von der Beschwerdegegnerin daraus gezogenen Schlüsse hervorzurufen.

7. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf den ab 22. August 2013 geltend gemachten Rückfall der Versicherten zu Recht eine Lei- stungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung verneint hat. Der angefochtene Ein- spracheentscheid vom 21. Februar 2017 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abwei- sung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

8. 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. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschla- gen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Gesundheit

Präsidentin

Gerichtsschreiberin

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