



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

**vom 8. September 2016 (725 16 150 / 230)**

---

**Unfallversicherung**

**Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf die Kausalitätsbeurteilung ihrer beratenden Ärzte abgestellt. Die im Jahr 2013 und die aktuell beklagten Kniebeschwerden stehen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis.**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin i.V. Isabella Schibli

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

**Mutuel Versicherungen AG**, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Leistungen

A. Die 1962 geborene A.\_\_\_\_ arbeitet bei der B.\_\_\_\_ AG und ist aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Mutuel Versicherungen AG (Mutuel) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 15. März 2013 rutschte

die Versicherte am 6. März 2013 bei einem Spaziergang auf vereistem Matsch aus und verdrehte sich das linke Knie. Die Behandlung wurde im Juni 2013 abgeschlossen.

Am 15. Juni 2015 meldete die B.\_\_\_\_ AG der Mutuel, dass sich die Versicherte im Herbst 2015 aufgrund des Unfallereignisses vom 6. März 2013 werde operieren lassen müssen. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse verfügte die Mutuel am 21. Oktober 2015 die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. Juni 2013. Nach Einsichtnahme in die Unterlagen zog die Krankenkasse der Versicherten die am 22. Oktober 2015 vorsorglich erhobene Einsprache wieder zurück. Die von der Versicherten erhobene Einsprache wies die Mutuel mit Entscheid vom 5. April 2016 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, mit Eingabe vom 9. Mai 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Dabei beantragte sie, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Versicherungsleistungen – insbesondere für die Heilbehandlungen – für den Unfall vom 6. März 2013 zu erbringen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und zur Kausalität zum Schadenereignis vom 6. März 2013 zu tätigen und anschliessend erneut über die Ansprüche der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um eine angemessene Nachfrist zur ergänzenden Begründung der Beschwerde, da aufgrund kurzfristiger Mandatierung keine Möglichkeit bestanden habe, bei der Beschwerdegegnerin Akteneinsicht zu erhalten. In ihrer vorläufigen Kurzbegründung brachte sie im Wesentlichen vor, es würden zwei sich widersprechende ärztliche Einschätzungen zur Unfallkausalität vorliegen und somit begründete Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen.

Am 27. Mai 2016 reichte die Beschwerdeführerin eine ergänzende Beschwerdebegründung ein, wobei sie an ihren Anträgen und wesentlichen Begründungen festhielt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 27. Juli 2016 schloss die Mutuel auf 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 C.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantons-

gerichts 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 vom 9. Mai 2016 ist einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 6. März 2013 zu Recht per 30. Juni 2013 eingestellt hat.

3.1 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% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natür-

liche 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). 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 (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C\_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder 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 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 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5. Für die Beurteilung der umstrittenen Fragen sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

5.1 Im Notfall- sowie im Arztbericht vom 7. bzw. 25. März 2013 des Spitals D.\_\_\_\_ wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei einem Spaziergang auf vereistem Match ausgerutscht sei und sich dabei das linke Knie verdreht habe. Am 7. März 2013 sei sie auf dem Notfall vorstellig geworden. Es wurde eine Kontusion des linken Knies mit Verdacht auf eine Innenbandläsion festgehalten. Die Behandlung wurde am selben Tag abgeschlossen.

5.2 Der MRI-Befundbericht vom 2. April 2013 zeigte sodann, dass wenig Kniegelenkerguss, ein diskretes präpatelläres Weichteilödem, eine Chondromalazie patellothrochleär, sowie eine komplexe Rissbildung im Hinterhorn des medialen Meniskus bis in die Pars intermedia und in die Meniskuswurzel reichend mit Subluxation der Pars intermedia und fortgeschrittener Chondromalazie femoral und tibial vorliege. Das vordere und hintere Kreuzband, das laterale Kollateralband, die Quadrizeps-, Patellar- und Popliteusehne sowie der Knorpelbelag seien unauffällig.

5.3 Mit Bericht vom 21. Oktober 2013 bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, die Diagnose einer Meniskusläsion im medialen Hinterhorn des linken Knies. Die Nachkontrolle vom 12. Juni 2013 habe ein gutes Resultat ohne Notwendigkeit für einen operativen Eingriff gezeigt. Die Behandlung habe im Juni 2013 abgeschlossen werden können.

5.4 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 21. März 2014 telefonisch bei der Mutuel und bestätigte den Abschluss der Behandlung. Am 15. Juni 2015 informierte die B.\_\_\_\_ AG die Beschwerdegegnerin per E-Mail, dass sich die Versicherte im Herbst 2015 operieren lassen müsse. Gemäss Bericht vom 25. Juli 2015 überwies Dr. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Schmerzen und mit Blick auf eine mögliche Operation an die Klinik F.\_\_\_\_.

5.5 Im Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 3. August 2015 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, mit Hinweis auf den MRI-Befund vom 3. August 2015 fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin ein Schräggriss im medialen Meniskus, eine schwere Retropatellararthrose medialseits, eine Bakerzyste und eine schwere medial betonte Gonarthrose mit teilweise Knochenmarksödem am medialen Tibiaplateau zeige. Die Anlauf- und Nachtschmerzen seien auf die schwere medial betonte Gonarthrose zurückzuführen. Die stechenden Schmerzen seien sicherlich auf den Schräggriss im Hinterhorn des medialen Meniskus, welche im Moment nicht im Vordergrund stehe, zurückzuführen. Hinsichtlich einer allfälligen Kniearthroskopie sei er zurückhaltend, da ein hohes Risiko bestehe, dass sich die medial betonte Gonarthrose rapide verschlechtern würde.

5.6 Zur Prüfung der Leistungspflicht unterbreitete die Beschwerdegegnerin die Unterlagen ihrem beratenden Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie. In seiner Beurteilung vom 25. September 2015 stellte er folgende Diagnosen: (1) eine Kontusion des linken Knies infolge des Ereignisses vom 6. März 2013, (2) eine Retropatellararthrose links und (3) eine Gonarthrose links mit einer degenerativen Meniskusläsion. Die Beschwerdeführerin habe diesbezüglich bereits vor dem Unfall vom 6. März 2013 an einer Retropatellar- und der Gonarthrose gelitten. Die aktuellen Kniebeschwerden seien dabei der vorbestehenden Retropatellar- und der Gonarthrose zuzuschreiben und würden somit nicht im natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 6. März 2013 stehen. Auch zwischen den im März 2013 beklagten Kniebeschwerden und dem Unfall vom 6. März 2013 bestehe keine natürliche Kausalität. Unfallkausal sei mit mehr als 50%-iger Wahrscheinlichkeit lediglich die Kontusion des linken Knies gewesen. Der Unfall vom 6. März 2013 habe zu einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt, wobei der Status quo sine per Ende Juni 2013 erreicht gewesen sei. Gemäss Dr. H.\_\_\_\_ sei somit die Leistungspflicht der Mutuel ab Juli 2013 zu verneinen.

5.7 Mit Schreiben vom 21. Oktober 2015 informierte die Beschwerdegegnerin Dr. G.\_\_\_\_ über die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. Juni 2013. Mit Bericht vom 3. November 2015 nahm dieser dazu Stellung. Nach seinem Dafürhalten handle es sich bei den aktuell beklagten Beschwerden um einen Rückfall, da bereits im Jahr 2013 ein Meniskusriss festgestellt worden sei und die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis nie beschwerdefrei gewesen sei.

5.8 Im Rahmen des Einspracheverfahrens legte die Beschwerdegegnerin die Akten ihrem beratenden Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur erneuten Beurteilung des Sachverhaltes vor. Dieser stützte die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ mit Bericht vom 10. Februar 2016 und ergänzender Stellungnahme vom 14. März 2016. Die Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ sei ausführlich und trage sowohl den Klagen als auch den objektiv dokumentierten Befunden Rechnung. Die Folgerungen seien konsistent, nachvollziehbar und die im Einspracheverfahren eingereichten Dokumente würden keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Dr. I.\_\_\_\_ bestätigte, dass die Gesundheit der Beschwerdeführerin schon vor dem Unfallereignis durch eine retropatellare und femorotibiale Gonarthrose beeinträchtigt gewesen sei. Die im MRI nachgewiesene komplexe Meniskusläsion entspreche einer degenerativen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehenden Veränderung im Rahmen einer mehrkompartimentalen Gonarthrose. Die

geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei in aller Regel nicht traumatisch, sondern Ausdruck der vorbestehenden degenerativen Veränderungen. Bei der Traumatisierung einer vorbestehenden Arthrose ohne zusätzliche strukturelle Läsion sei der Status quo sine in aller Regel nach zwei bis maximal vier Monaten erreicht. Der weitere Verlauf entspreche dem schicksalhaften Verlauf der unfallfremden Gonarthrose, die durch Achsenfehlstellung und insbesondere die Adipositas permagna begünstigt sei.

6.1 Wie oben erwähnt (vgl. E. 4.2 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen und somit ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, solange keine – auch nur geringe – Zweifel an deren Richtigkeit bestehen. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. April 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der Kniebeschwerden vollumfänglich auf die Beurteilung ihrer beratenden Ärzte Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_. Sie ging demzufolge davon aus, dass die im März 2013 sowie die aktuell beklagten Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 6. März 2013 zurückzuführen seien und der Status quo sine spätestens Ende Juni 2013 erreicht gewesen sei. Aus diesem Grund stellte sie ihre Leistungen per 30. Juni 2013 ein.

6.2 Es ist festzustellen, dass die von der Beschwerdegegnerin übernommenen Ergebnisse, zu denen die Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ gelangt sind, eine zuverlässige Beurteilung der vorliegenden Kausalitätsfrage gestatten. Die medizinischen Beurteilungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Aktenlage. Deren Stellungnahmen erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht insbesondere auch, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine 54-jährige Frau mit fortgeschrittener Gonarthrose bei Adipositas permagna handelt, was für eine degenerative Ursache der Kniebeschwerden spricht. Nach dem Unfallereignis vom 6. März 2013 ist, wie Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Februar 2016 zu Recht festgestellt hat, weder eine Hämarthrose noch eine Schwellung dokumentiert worden. Es hat auch keine Bandverletzung gegeben (vgl. E. 5.2 hiervor). Die Kausalität einer komplexen Meniskusläsion zu einem solch banalen Ereignis ist weder sicher noch überwiegend wahrscheinlich. Es liegt auch kein neues medizinisches Dokument vor, welches geeignet wäre, die Kausalitätseinschätzung der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ in Frage zu stellen. Im Lichte der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ ist die vorinstanzliche Beweiswürdigung hinsichtlich der Kausalitätsfrage somit nicht zu beanstanden.

6.3 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid nur auf die Einschätzung ihrer beratenden Ärzte gestützt und trotz sich widersprechender Arztberichte keine weiteren medizinischen Abklärungen getroffen. Sie bringt vor, dass die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ geeignet sei, Zweifel an den rein versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ aufkommen zu lassen. Dr. G.\_\_\_\_ habe in seinem orthopädischen Konsilium vom 3. August 2015 die Auffassung vertreten, dass die stechenden Schmerzen „sicherlich auf den Schräggriss im Hinterhorn des medialen Meniskus zurückzuführen“ seien. Im Schreiben vom 3. November 2015 erklärte er zudem, dass es sich

bei den aktuell geklagten Beschwerden nach seinem Dafürhalten um einen Rückfall handle, da der im Jahr 2013 festgestellte Meniskusriss nie operiert worden sei. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass Dr. G.\_\_\_\_ somit nochmals ausdrücklich daran festgehalten habe, dass es sich beim Meniskusriss um eine Unfallfolge handle und die aktuellen Beschwerden einen Rückfall darstellen würden. Hinsichtlich dieser behaupteten widersprüchlichen Kausalitätsbeurteilung und des Ursprunges der stechenden Schmerzen hielt Dr. I.\_\_\_\_ in seiner Einschätzung vom 21. Juli 2016 zu Recht fest, dass die Bezeichnung „sicherlich“ weder zum chirurgischen noch zum versicherungsmedizinischen Vokabular gehöre. Er führte aus, dass es nicht nur der allgemeinen Lebenserfahrung entspreche, dass bei fortgeschrittener Gonarthrose die Schmerzen kaum einer einzelnen spezifischen Struktur zugeordnet werden können. Es fällt zudem auf, dass Dr. G.\_\_\_\_ nicht ausdrücklich erklärt, dass es sich bei dem ursprünglich festgestellten Meniskusschaden um eine Unfallfolge handelt. Diese kurze und nicht weiter begründete Erklärung reicht im Übrigen auch nicht aus, um auch nur geringe Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ zu erwecken. Da vorliegend davon auszugehen ist, dass der ursprüngliche Meniskusschaden degenerativer Natur war, kann auch der Rückfall nicht unfallbedingt sein (vgl. unten E. 6.5). Dr. I.\_\_\_\_ legt überdies nachvollziehbar dar, dass aus fachlicher Sicht als gesichert gelte, dass bei fortgeschrittener Gonarthrose eine arthroskopische Gelenktoilette keinerlei nachhaltige Besserung ergebe. Es ist festzustellen, dass diese Einschätzung im Einklang mit Dr. G.\_\_\_\_ Beurteilung vom 3. August 2015, wo auch dieser bei einer allfälligen Kniearthroskopie das Risiko einer Verschlechterung der Gonarthrose festhält (vgl. E. 5.5 hiavor), steht und somit kein Widerspruch ersichtlich ist. Folglich erwecken Dr. G.\_\_\_\_ Beurteilungen insgesamt keine Zweifel an der Kausalitätsbeurteilungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_.

6.4 Die Beschwerdeführerin beanstandet im Weiteren, dass die rein versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen von Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ ohne persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin abgegeben worden seien. Zudem müsse offen gelassen werden, ob es sich bei Dr. I.\_\_\_\_ um den richtigen Facharzt handle, da genauere Angaben über seine Person fehlen würden und er beispielsweise nicht auf der Liste der Swiss Insurance Medicine (SIM) Gutachter aufgeführt sei. Auch hinsichtlich des Einwandes der fehlenden persönlichen Untersuchung der beratenden Ärzte kann die Beschwerdeführerin vorliegend nichts zu ihren Gunsten ableiten. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C\_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Die Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ hatten gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten hauptsächlich eine Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen, d.h. darüber zu befinden, ob die beklagten Be-

schwerden auf den von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfall zurückgeführt werden können. Bei dieser Fragestellung konnte eine ausschliesslich gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung durchaus Klärung bringen. Hinsichtlich der Qualifikation von Dr. I.\_\_\_\_ ist zu bemerken, dass dieser, entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin, sehr wohl auf der Liste der zertifizierten medizinischen SIM-Gutachter aufgeführt ist (vgl. <http://www.swiss-insurance-medicine.ch>). Was die Beschwerdeführerin bezüglich der fehlenden persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin und der Qualifikation von Dr. I.\_\_\_\_ vorbringt, ist somit auch nicht geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der ärztlichen Beurteilungen von den Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ zu begründen.

6.5 Es ist somit in Übereinstimmung mit den Beurteilungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ festzustellen, dass weder die im März 2013 festgestellte Meniskusläsion noch die aktuell beklagten Kniebeschwerden der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. März 2013 stehen. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht, stellt sich die Frage, ob die aktuell geltend gemachten Beschwerden als Rückfall zu behandeln sind, nur dann, wenn eine Kausalität zwischen den im März 2013 beklagten Kniebeschwerden (bzw. der Meniskusläsion) und dem Unfall vom 6. März 2013 bestehen würde. Aufgrund der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilungen der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_, welche die Kausalität der Kniebeschwerden ab Juli 2013 insgesamt verneinen, stellt sich somit im vorliegenden Fall die Frage eines Rückfalls nicht.

7. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes zu, so ist dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einzuholen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen – wie im vorliegenden Fall – ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweismwürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Kausalitätsbeurteilung von Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ gefolgt ist und somit ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 6. März 2013 per 30. Juni 2013 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 5. April 2016 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9. 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 wettzuschlagen.

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.

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