

BGer 8C_620/2015 vom 24. März 2016

Bundesgericht, 2016-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_620_2015

FR: TF 8C_620/2015 du 24 mars 2016

IT: TF 8C_620/2015 del 24 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen. Immerhin prüft das Bundesgericht grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2.1

Bei den vom Beschwerdeführer letztinstanzlich beigebrachten Berichten des Dr. med. F._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. Juni 2015 und 24. Juli 2015, des Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, vom 24. August 2015 und der Klinik H._____ vom 1. September 2015 handelt es sich um Noven. Da dafür nicht erst der angefochtene Entscheid Anlass gab, können sie gemäss dem in Art. 99 Abs. 1 BGG stipulierten Novenverbot im vorliegenden Prozess nicht berücksichtigt werden und sind aus dem Recht zu weisen (BGE 135 V 194 E. 2 und 3 S. 196 ff.; Urteil 8C_418/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 1.3).

E. 2.2

Neue Begehren sind im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesgericht unzulässig (Art. 99 Abs. 2 BGG ; BGE 136 V 362 E. 3.4.2 S. 365). Es ist daher auf die Beschwerde nicht einzutreten, soweit damit neu ein Anspruch auf Heilbehandlung geltend gemacht wird.

E. 3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 15. Juli 2013 hinaus Anspruch auf Taggelder des Unfallversicherers hat. Zur Diskussion steht dabei der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den über den 15. Juli 2013 hinaus

fortbestehenden Symptomen.

E. 3.1

Im angefochtenen Entscheid wurden die hierfür massgeblichen Rechtsgrundlagen zutreffend wiedergegeben. Insbesondere hat die Vorinstanz richtig dargelegt, dass die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG zunächst das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraussetzt. 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, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; 402 E. 4.3.1 S. 406; 119 V 335 E. 1 S. 337, je mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (Urteil U 5/00 vom 26. September 2001 E. 3a, nicht publ. in: BGE 127 V 491 ; 8C_134/2015 vom 14. September 2015 E. 5.2.2).

E. 3.2

Korrekt sind auch die vorinstanzlichen Ausführungen zum Beweiswert und zur Beweiswürdigung medizinischer Berichte und Gutachten (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff.; 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3 S. 352 ff.), zum Wegfall unfallbedingter Ursachen eines Gesundheitsschadens bei Erreichen des Status quo sine vel ante (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, 8C_901/2009 E. 3.2), zu dem im Sozialversicherungsrecht bei der Beantwortung von Tatfragen üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen), sowie zum Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG ; SVR 2010 AIV Nr. 2 S. 3, 8C_269/2009 E. 2.2 mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.

E. 3.3

Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, U 355/98 E. 2; 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93; Urteil 8C_570/2014 vom 9. März 2015 E. 6.2). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264; vgl. dazu ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 54 f.).

E. 3.4

Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiskräftig sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5 S. 265). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f. mit Hinweis). Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen mithin grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zuzubilligen ist. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. 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 S. 469 mit Hinweisen; Urteil 8C_410/2013 vom 15. Januar 2014 E. 6.1).

E. 4

Zu prüfen ist zunächst, wie es sich bezüglich der Schulterproblematik verhält.

E. 4.1

Laut Bericht des Notfallzentrums des Spitals C._____ vom 23. November 2012 stürzte der Versicherte zuerst auf das linke Knie, dann aufs Gesäss und anschliessend auf das linke Handgelenk. Die konventionell-radiologischen Aufnahmen der Schulter waren unauffällig. Bei der Untersuchung zeigte sich eine Druckdolenz im Bereich des m. pectoralis major (Brustmuskel), welche die Ärzte am ehesten auf eine Muskelzerrung zurückführten. Die Bewegung der linken Schulter lag im normalen Umfang, mit schmerzhafter Adduktion. Die Rotatorenmanschettenzeichen waren negativ. Ein mit Kontrastmitteln durchgeführtes Arthro-MRT der linken Schulter ergab laut Beurteilung von Frau Dr. med. I._____ von der Klinik J._____ vom 27. Dezember 2012 Folgendes: "Tendinopathie der ansatznahen Subscapularissehne bei vergleichsweise engen subkorakoidalen Raumverhältnissen, vereinbar mit einer Impingementkonstellation. Buford-Komplex des kranialen ventralen Labrums. Hypoplastisch imponierendes superiores Labrum mit fehlendem Kontakt zum Glenoid (DD: SLAP-Läsion II). AC-Gelenksarthrose. Geringgradige ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne. Keine Rissbildung der Rotatorenmanschette."

Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 12. März 2013 ging Dr. med. D._____ von einem axialen indirekten Schultertrauma bei Abstützen der Hand nach vorne links aus. Das MRI vom 27. Dezember 2012 enthalte jedoch keine Hinweise auf traumatisch bedingte Veränderungen. Bei der Untersuchung habe im Bereich der linken Schulter keine Funktionseinschränkung bestanden. Die Beschwerden seitens der linken Schulter führte der Kreisarzt auf degenerative Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks zurück. Bei der anfänglich bestandenen diskreten subacromialen Impingementproblematik handle es sich um eine vorübergehende unfallkausale Verschlimmerung des Vorzustandes, welche sich nach einer Infiltration gebessert habe. Im Verlauf zunehmende Schulterbeschwerden könnten nicht mehr mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit als unfallkausal betrachtet werden. Die Tendinopathie der Supraspinatus- und Subscapularissehne bei engen subkorakoidalen Raumverhältnissen sowie Buford-Komplex des kranialen ventralen

Labrum bezeichnete Dr. med. D. _____ ebenfalls als degenerativ. Tendinopathische und arthrotische Schulterbeschwerden würden in der Altersgruppe des Versicherten häufig und unfallfremd auftreten. Dr. med. E. _____ hielt im Bericht an Dr. med. D. _____ vom 1. Juli 2013 nach durchgeführter Untersuchung fest, im Bereich der Schulter könnten höchstens diskrete Restbeschwerden einer AC-Gelenksarthrose und eines diskreten subakromialen Impingement festgestellt werden. Im MRI vom 27. Dezember 2012 seien keine schwerwiegenden posttraumatischen Pathologien zu erkennen. Für eine mögliche SLAP-Läsion bestehe kein sicheres klinisches Korrelat.

E. 4.2

Aus dem ärztlichen Beurteilungsbericht des Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Chirurgie, SUVA Versicherungsmedizin, vom 11. Juni 2014 und der ergänzenden Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 geht als Schlussfolgerung hervor, dass die Schulterbeschwerden in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 23. November 2012 stehen. Gestützt auf die magnetresonanztomographische Untersuchung vom 27. Dezember 2012 seien innerhalb des linken Schultergelenks keine strukturellen Läsionen objektivierbar, die dem Unfallereignis kausal zugeordnet werden könnten. Die Tendinopathien, der Buford-Komplex und die Schultergelenksarthrose seien mit Sicherheit vorbestehende Pathologien. Bezüglich der neu aufgelegten MRT-Untersuchung der linken Schulter vom 1. Juli 2013 hält Dr. med. K. _____ fest, diese zeige keine strukturelle Läsion, welche dem Unfallereignis zugeordnet werden könne. Damit verneinte er auch die Unfallkausalität der bildgebend dokumentierten interstitiellen Läsion im Übergang des Sehnenansatzes vom m. supraspinatus zum m. infraspinatus. Im Vergleich zur Bildgebung vom Dezember 2012 ist laut dem Versicherungsmediziner keine Beschleunigung degenerativer Veränderungen im Schultergelenk ersichtlich. Eine richtunggebende Verschlimmerung des zweifellos vorbestehenden krankhaften Zustandes könne daher ausgeschlossen werden.

E. 4.3

Das kantonale Gericht hat den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 23. November 2012 und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung zum 15. Juli 2013 bestehenden Schulterbeschwerden im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung des Dr. med. K. _____ verneint. Weiter hat es erwogen, wenn Dr. med. F. _____ im Bericht vom 8. März 2015 ausführe, die in Portugal durchgeführte MRI-Untersuchung vom 21. Januar 2015 zeige eine SLAP-Läsion Typ II und eine Bankart-Läsion, die bereits auf den Bildern vom 27. Dezember 2012 diagnostiziert worden seien, könne dies nur teilweise nachvollzogen werden. Damals sei eine SLAP-Läsion lediglich als Differenzialdiagnose erhoben worden. In der Folge sei dafür kein sicheres klinisches Korrelat gefunden worden. Eine Bankart-Läsion sei unmittelbar nach dem Unfallereignis nicht diagnostiziert worden. Dies führte die Vorinstanz zum Ergebnis, dass die im Januar 2015 durchgeführten Untersuchungen mit Bezug auf den für die Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 6. März 2014 (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366) den Nachweis eines unfallkausalen Gesundheitsschadens an der linken Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erbringen vermögen.

E. 4.4.1

Der Beschwerdeführer rügt eine unrichtige Feststellung des Sachverhalts und eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Vorinstanz. Er macht insbesondere

eine widersprüchliche Beurteilung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden zwischen den Ärzten der SUVA und den mit ihm befassten Orthopäden geltend. Soweit er seine Kritik mit dem Hinweis auf die in E. 2.1 hievorgelieferten medizinischen Berichte begründet, ist darauf aus den bereits dargelegten Gründen nicht weiter einzugehen. Was der Beschwerdeführer darüber hinaus gegen die Befunderhebungen und Einschätzungen von Dres. med. D. _____ und E. _____ einwendet, vermag nicht, Zweifel an deren Feststellungen aufkommen zu lassen. Wie bereits vor Vorinstanz bringt der Beschwerdeführer bezüglich der Beurteilung des Dr. med. K. _____ vor, dieser habe die Berichte der Klinik L. _____ vom 4. Januar 2013 und verschiedene Berichte der Klinik M. _____ unberücksichtigt gelassen. Es wird jedoch nicht aufgezeigt noch ist ersichtlich, welche abweichenden Erkenntnisse sich aus diesen Berichten ergeben würden. Diese stützten sich auf die bildgebende Diagnostik vom 27. Dezember 2012, welche Dr. med. K. _____ vorlag. Dieser hat den Versicherten zwar nicht persönlich exploriert, doch konnte er auf die von Dres. med. D. _____ und E. _____ erhobenen Befunde abstellen.

E. 4.4.2

Dr. med. F. _____ nahm im Aktenkonsil vom 30. Juni 2013 zur Unfallkausalität Stellung. Das MRI vom 27. Dezember 2012 zeige eine Auftreibung der Sehne des subscapularis sowie eine leichte Verdickung und Signalalteration der Supraspinatussehne, ohne Rissbildung. Die Sehnen des infraspinatus, des m. teres minor und des Bizeps seien unauffällig, bei normaler Rotatorenmanschettenmuskulatur. Am Labrum sei ein Bufordkomplex als anatomische Normalvariante diagnostiziert worden. Beschrieben werde zudem ein hypoplastisch imponierendes superiores Labrum mit fehlendem Kontakt zum Glenoid. Die Differenzialdiagnose einer SLAP-Läsion Typ II bezeichnete Dr. med. F. _____ als irreführend, da eine solche aus einem Abriss des Labrum-Bizepssehnenkomplexes vom superioren Glenoid nach kranial bestehe. Aufgrund des MRI sei der Bizepsanker jedoch als unauffällig bezeichnet worden, was eine Läsion ausschliesse. Nach einer persönlichen Untersuchung des Versicherten vom 5. August 2013 diagnostizierte Dr. med. F. _____ einzig ein Impingement der linken Schulter bei AC-Arthrose (Bericht vom 8. August 2013). Am 17. September 2013 ging er zusätzlich von einem Status nach Zerrung des m. pectoralis major aus. Der bei der Untersuchung festgestellte Dehnschmerz sollte sich jedoch durch weitere Gewöhnung spontan bessern. Am 15. August 2014 berichtete Dr. med. F. _____ von tastbaren Myogelosen im Bereich des pectoralis major, welche eine mögliche Folge der Zerrung des linken Schultergelenks sein könnten. Durch Physiotherapie sollte sich die Muskelverhärtung indessen vollständig zurückbilden. Wenn Dr. med. K. _____ am 16. Oktober 2014 den natürlichen Kausalzusammenhang unter anderem mit dem Hinweis verneinte, es habe keine Traumatisierung des m. pectoralis major stattgefunden, ist dies insofern unklar, als die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C. _____ wie auch Dr. med. F. _____ von einer (möglichen) Zerrung des m. pectoralis major ausgingen. Selbst Dr. med. F. _____ hält jedoch den Zusammenhang zwischen einer Zerrung und den Myogelosen lediglich für möglich. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist somit nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

E. 4.5

Insgesamt vermögen es die in diesem Verfahren zu berücksichtigenden, vorwiegend von Dr. med. F. _____ stammenden, Berichte nicht, die Schlussfolgerungen der

SUVA-internen Ärzte bezüglich der Schulterbeschwerden auch nur geringfügig in Zweifel zu ziehen. Für weitere Abklärungen besteht daher keine Notwendigkeit. Die Beschwerde ist somit in diesem Punkt abzuweisen.

E. 5

Zu prüfen bleibt, ob die Beeinträchtigungen am linken Knie des Beschwerdeführers auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

E. 5.1

Die Ärzte des Spitals C. _____ diagnostizierten am 23. November 2012 eine Kniekontusion links (DD: Verdacht auf mediale Meniskusläsion bei fehlendem Extensionsdefizit und unauffälligem Röntgenbild). Das MRT des linken Knies vom 28. Dezember 2012 ergab als Befund einen intakten medialen und lateralen Meniskus mit intaktem Bandapparat und altersentsprechend unauffälligem Gelenkknorpel. Im Übrigen wurden die Befunde als vereinbar mit einer posttraumatischen, teilweise hämorrhagischen präpatellaren Bursitis und/oder einem in Organisation begriffenen präpatellaren bis in die lateralen Weichteile reichenden subkutanen Hämatom bezeichnet.

Dr. med. D. _____ diagnostizierte am 12. März 2013 eine Kniekontusion links mit Entwicklung einer traumatischen Bursitis, offener Bursektomie am 19. Februar 2013 in der Klinik M. _____ und postoperativem Serom im Operationsgebiet (Serompunktion). Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Dr. med. E. _____ ging in seiner Beurteilung vom 1. Juli 2013 davon aus, dass die Hämatobursa (Bluterguss im Schleimbeutel) mit grösster Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 23. November 2012 entstanden sei. Nach anfänglicher Komplikation (Serombildung) sei die Bursektomie bis auf diskrete Verklebungen der subcutis jedoch problemlos abgeheilt. In Übereinstimmung mit dem MRI könne auch aufgrund des klinischen Befunds keine Kniebinnenläsion festgestellt werden.

Ein MRI des Knies vom 20. November 2013 zeigte im Bereich der ehemaligen Bursa eine ausgedehnte präpatelläre Narbenplatte sowie Überlastungszeichen am Patellaunterpol, einen diskreten basisnahen Unterflächenriss am medialen Meniskushinterhorn sowie eine Tendinitis des vorderen Kreuzbandes. Im Bericht vom 26. November 2013 gab Dr. med. F. _____ an, die Probleme des linken Kniegelenks seien durch die ausgeprägten Vernarbungen nach der Bursektomie erklärbar. Durch die Schmerzen sei es zu einer verminderten Belastbarkeit mit Muskelminderung gekommen. Der Innenmeniskushinterhornriss sei aktuell asymptomatisch. Am 19. Februar 2014 führte Dr. med. F. _____ eine Arthroskopie des linken Knies durch (partielle Innenmeniskusvorderhornresektion und Glätten des Aussenmeniskushinterhornes, Hoffaresektion, Synovialektomie).

Dr. med. K. _____ gibt in seiner Beurteilung vom 11. Juni 2014 an, aufgrund der Befundbeschreibung des MRI vom 20. November 2013 lägen die pathologischen Veränderungen ganz wesentlich ausserhalb des Kniegelenks, wo vormals der Schleimbeutel entfernt worden sei. Innerhalb des linken Kniegelenks könnten keine strukturellen Läsionen objektiviert werden, welche kausal dem Sturz vom 23. November 2012 zuzuordnen wären. Die innerhalb des Kniegelenks liegenden Strukturen (Innen- und Aussenmeniskus, Kreuzbänder, Hoffa'scher Fettkörper) seien vier Wochen nach dem Sturz anlässlich der Bildgebung mittels MRI unverletzt gewesen. Die von Dr. med. F. _____ am 19. Februar 2014 durchgeführte Operation am Innen- und Aussenmeniskus stelle ebenso wenig eine Behandlung von Unfallfolgen dar wie die Resektion der Gelenkinnenhaut und die

Entfernung der plica mediopatellaris und infrapatellaris. Die Meniskuspathologien seien seit der letzten Magnetresonanztomographie neu entstanden und somit nicht unfallkausal. Der Schleimbeutel vor der Kniescheibe (bursa präpatellaris) liege ausserhalb des Kniegelenks in den Weichteilen vor der Kniescheibe. Eine Resektion der subkutanen Narbenplatte im Subkutangewebe vor der Kniescheibe sei von Dr. med. F. _____ am 19. Februar 2014 nicht durchgeführt worden. Die objektivierten Befunde am Schleimbeutel bezeichnete Dr. med. K. _____ als unfallkausal. Unter Hinweis auf das Untersuchungsergebnis des Dr. med. D. _____ attestierte er aufgrund der Knieproblematik eine volle Arbeitsfähigkeit mit der Einschränkung, dass Zwangshaltungen in kniender oder kauender Position nicht zumutbar seien.

Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 15. August 2014 aus, die Innenmeniskuspathologie des Vorderhorns, welche sich bei der Arthroskopie vom 19. Februar 2014 in Form einer Auffaserung gezeigt habe, stehe nicht zwingend in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Auf dem MRI vom 28. Dezember 2012 sei eine Innenmeniskusinnenläsion des Hinterhorns sichtbar, welche im Befund nicht beschrieben worden sei. Die beim Eingriff behandelte Auffaserung des Vorderhorns sei auf den Aufnahmen nicht sichtbar, und ein Riss des Innenmeniskushinterhorns sei nicht nachweisbar gewesen. Das behandelte infrapatelläre Kontraktursyndrom sei eine Komplikation der Verletzung des Kniegelenks. Ausserdem bestehe medial der Narbe nach Burssektomie eine Taubheit als Folge der Verletzung des linken Kniegelenks.

E. 5.2

Das kantonale Gericht kam aufgrund einer Würdigung der medizinischen Unterlagen zum Schluss, dass die teils von der Beurteilung des Dr. med. K. _____ abweichenden medizinischen Einschätzungen, insbesondere des Dr. med. F. _____, keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen aufkommen liessen. Somit habe der Unfall vom 23. November 2012 eine Bursitis präpatellaris verursacht, während die anderen Pathologien im Bereich des linken Knies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal seien. In der angestammten Tätigkeit als Kranführer sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig.

E. 5.3.1

Der Beschwerdeführer rügt eine unrichtige Feststellung des Sachverhalts. Unklar ist zwar, ob auf dem MRI vom 28. Dezember 2012 eine Innenmeniskusinnenläsion des Hinterhorns sichtbar war. Dr. med. E. _____ fand laut Bericht vom 1. Juli 2013 aufgrund der Klinik keine Anzeichen für eine Knieinnenläsion. Nachdem im MRI-Bericht vom 20. November 2013 ein Unterflächenriss am medialen Meniskushinterhorn beschrieben worden war, stellte Dr. med. F. _____ am 26. November 2013 einen asymptomatischen Innenmeniskushinterhornriss fest. Die Probleme am linken Kniegelenk liessen sich durch die ausgeprägten Vernarbungen nach Burssektomie erklären. Am 15. August 2014 hielt der behandelnde Arzt dafür, dass bereits auf den Bildern vom 28. Dezember 2012 eine im Befund nicht beschriebene Innenmeniskusinnenläsion des Hinterhorns sichtbar sei. Ein Riss des Innenmeniskushinterhorns sei jedoch nicht nachweisbar gewesen. Im Rahmen der Operation vom 19. Februar 2014 zeigte der Innenmeniskus, ausser im Vorderhorn, eine glatte Ober- und Unterfläche mit zarter Schneide. Er liess sich an keiner Stelle herausluxieren. Indem die Vorinstanz bei diesen Gegebenheiten davon ausging, es habe sich nicht um eine relevante Meniskusverletzung gehandelt, steht dies im Einklang mit den

medizinischen Unterlagen.

E. 5.3.2

Wenn Dr. med. K. _____ die objektivierten Beschwerden am Schleimbeutel als Unfallfolgen bezeichnet, gehören dazu auch die Vernarbungen im Bereich der ehemaligen Bursa, wie sie im MRI vom 20. November 2013 beschrieben wurden. Der SUVA-Arzt bezeichnete diese pathologischen Veränderungen ausdrücklich als ausserhalb des Kniegelenks liegend, dort wo vormals der Schleimbeutel entfernt worden sei. Insofern besteht Übereinstimmung mit Dr. med. F. _____ über die Unfallkausalität.

E. 5.3.3

Bezüglich des von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 15. August 2014 als unfallkausal bezeichneten infrapatellären Kontraktursyndroms hat die Vorinstanz erwogen, der Arzt habe nicht näher erläutert, weshalb diese Symptomatik der durch den Unfall bewirkten Bursitis präpatellaris und nicht den im MRI vom 20. November 2013 nachgewiesenen unfallfremden Befunden zuzuordnen sei. Wenn Dr. med. F. _____ das behandelte infrapatelläre Kontraktursyndrom einer Verletzung des Kniegelenkes zuordnet, deutet dies nicht auf eine unfallkausale, ausserhalb des Kniegelenks im Bereich der ehemaligen Bursa liegende Problematik hin. Seine Ausführungen vermögen es daher nicht, die Beurteilung des Dr. med. K. _____ in Zweifel zu ziehen.

E. 5.3.4

Weiter hat das kantonale Gericht erwogen, da die im MRI-Befund vom 11. November 2014 festgehaltene Progredienz der Narbenplatte/Fibrose nach Erlass des Einspracheentscheids vom 6. März 2014 eingetreten sei, sei sie nicht geeignet, die Beurteilung des Dr. med. K. _____ in Frage zu stellen. Dem ist ohne weiteres beizupflichten.

E. 5.3.5

Mit Bezug auf die von Dr. med. K. _____ anerkannten Unfallfolgen am Schleimbeutel vor der linken Kniescheibe bestreitet der Beschwerdeführer, dass er - unter Vermeidung von knienden oder kauern Positionen - als Bauarbeiter voll arbeiten könne. Dazu gilt es festzuhalten, dass der Beschwerdeführer laut Einsatzvertrag auf diversen Baustellen als Kranführer A eingesetzt wurde. Als solcher hatte er Fahrzeugkrane zu bedienen. Dass es sich dabei um eine Tätigkeit handeln würde, welche in knienden und kauern Positionen zu verrichten wäre, wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilung des Dr. med. K. _____ davon ausging, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Kranführer voll arbeitsfähig.

E. 5.4

Die Berichte des Dr. med. F. _____ vermögen es somit nicht, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des Dr. med. K. _____ aufkommen zu lassen. Ergänzende Abklärungen zur Unfallkausalität sind bei diesem Ergebnis nicht erforderlich.

E. 6

Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 65 Abs. 1 BGG). Die Gerichtskosten werden dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.