

BL_GERICHTE 720 17 194 / 295 vom 9. November 2016

BL Gerichte, 2016-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_17_194___295

FR: BL_GERICHTE 720 17 194 / 295 du 9 novembre 2016

IT: BL_GERICHTE 720 17 194 / 295 del 9 novembre 2016

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Suva der Versicherten weiterhin Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) zu entrichten hat und in diesem Zusammenhang, ob zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2014 und den seit Mitte Februar 2017 erneut geltend gemachten Beschwerden am rechten Knie ein rechtserheblicher Kausalzusammenhang gegeben ist.

E. 2.1

Gemäss 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. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt allerdings stets 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.

E. 2.2

Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326, U 180/93 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten

Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Weil es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007, E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen 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 vorliegt und die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben und weggefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 E. 2).

E. 2.3

Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. 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 völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2). Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ebenfalls ein (natürlicher und adäquater) Kausalzusammenhang besteht (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3.1 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 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen).

3.2 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2).

3.3 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 3.4 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).

E. 4

Im Zentrum der strittigen Kausalitätsbeurteilung stehen die drei versicherungsinternen Beurteilungen der Suva vom 8. März 2017, vom 22. Mai 2017 und vom 25. September 2017.

E. 4.1

Gemäss der ersten kreisärztlichen Beurteilung vom 8. März 2017 zeige die Versicherte einen Status nach Kniearthroskopie rechts mit lateraler Meniskusnaht und VKB-Shrinking am 10. April 2013. Am 30. März 2014 sei es bei plötzlicher Instabilität des rechten Kniegelenks zu einem Hinfallen gekommen. In der MRI-Diagnostik vom 9. April 2014 sei eine zirkuläre Rissbildung im Bereich des medialen Meniskus festgestellt worden, die auf das Ereignis vom 30. März 2014 zurückzuführen sei. In der Operation vom 14. Mai 2014 habe die Läsion des medialen Meniskus schliesslich behoben werden können. Die Versicherte leide gemäss Bericht der behandelnden Klinik vom 17. Februar 2017 an einer Baker-Zyste an atypischer Lage. Diese sei nicht auf das Ereignis vom 30. März 2014 zurückzuführen. Somit seien die Beschwerden, welche aktuell im Bereich des rechten Kniegelenks bestünden, nicht auf das Ereignis vom 30. März 2014 zurückzuführen. In der durchgeführten MRI-Diagnostik des rechten Knies vom 16. Februar 2017 sei kein Nachweis einer erneuten Meniskusläsion sichtbar. Diese MRI-Diagnostik bestätige, dass die Beschwerden nicht auf das Ereignis vom 30. März 2014 zurückzuführen seien.

E. 4.2

In seiner zweiten, im Rahmen des Einsprache-Verfahrens ergangenen Beurteilung vom 22. Mai 2017 kommt der Kreisarzt zum Schluss, dass es am 30. März 2014 zu einem Unfallereignis am rechten Kniegelenk gekommen sei. Infolge dessen sei am 14. Mai 2015 (recte: 2014) eine operative Sanierung einer medialen Meniskusläsion durchgeführt worden. Im Operationsbericht vom 14. Mai 2015 (recte: 2014) sei eine grossflächige Chondrose des medialen Femurkondylus Grad II bis III mit freien Knorpellamellen aufgefallen. In der MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 9. April 2014 seien ausgeprägte degenerative Veränderungen des Gelenkknorpels am medialen Femurkondylus mit medial akzentuierter Gonarthrose beschrieben worden. Sowohl im Operationsbericht vom 14. Mai 2015 (recte: 2014) als auch im MRI-Befund vom 9. April 2014 seien somit zeitnah zum Unfall vom 30. März 2014 bereits degenerative Veränderungen beschrieben worden. Schliesslich werde im MRI vom 16. Februar 2017 ein unregelmässiger, leicht verschmälertes Knorpel femoral mit Signalstörungen und einzelnen subchondralen Osteophyten in der Belastungszone beschrieben. Ein zirka 3 mm grosses, oberflächliches Knorpelfragment hebe sich hier ab. Im Übrigen bestehe gemäss MRI vom 16. Februar 2017 eine glatte Oberfläche des normal breiten Tibiaknorpels. Aufgrund des Vergleichs dieser MRI-Befunde sowie des intraoperativen Befundes sei festzustellen, dass die medial betonten Verschleisserscheinungen des rechten Kniegelenks keine Folge des Ereignisses vom 30. März 2014 seien. Bereits unmittelbar nach dem Ereignis hätten entsprechende degenerative Veränderungen im medialen Kompartiment vorgelegen. Die aktuell vorhandene Varusgonarthrose und die medial betonten Verschleisserscheinungen stünden deshalb nicht in einem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. März 2014. Mit den vorhandenen MRI-Aufnahmen könne eine ausreichende Beurteilung der Situation erfolgen.

E. 4.3

Aus der dritten, von der Suva im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens zusammen mit der Duplik eingereichten chirurgischen Beurteilung vom 25. September 2017 geht hervor, dass der Nachweis einer Baker-Zyste und der Bursitis anserina auf ein Verschleissleiden des Kniegelenks hindeuten würden. Beide Veränderungen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Ereignisses vom 30. März 2014. Bereits im MRI-Befund vom 9. April 2014 und im Operationsbericht vom 14. Mai 2014 seien erhebliche Knorpelschäden beschrieben worden. Diese seien übereinstimmend als Verschleissleiden klassifiziert worden. Der Radiologe nenne eindeutig eine medial akzentuierte Gonarthrose. Diese Veränderungen, die wenige Tage nach dem Ereignis vom 30. März 2014 bildgebend dokumentiert worden sind, seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal zu diesem Ereignis. Die Entwicklung einer Arthrose und degenerativer Knorpelschäden verlaufe über Jahre. Der Innenmeniskus, der durch den Unfall vom 30. März 2014 eine Rissbildung am Übergang zum Hinterhorn erfahren habe, werde mit Ausnahme einer kleinen Läsion an der Unterfläche am Übergang vom Hinterhorn zur Pars intermedia mit dem fachradiologischen Befund vom 16. Februar 2017 als glatt beschrieben. Die weiterhin beschriebene Subluxation des Innenmeniskus aus dem Gelenkspalt hinaus gelte als Zeichen eines fortgeschrittenen Verschleissleidens. Residuen des Ereignisses vom 30. März 2014 seien damit keine bekannt. Zusammenfassend habe das Ereignis vom 30. März 2014 ein durch die medial betonte Gonarthrose und eine Femoro-Patellararthrose erheblich vorgeschädigtes Kniegelenk betroffen. Auch der Innenmeniskus habe zu diesem Zeitpunkt bereits erhebliche verschleissbedingte Schäden in Form einer degenerativen Auswulzung des Mittelteils des medialen Meniskus aufgewiesen. Die unfallbedingte Verlagerung von defekten Meniskusanteilen sei durch die Operation

vom 14. Mai 2014 mittels Resektion dieser Anteile behoben worden. Die vorbestehende Texturstörung des Innenmeniskus entspreche einem Verschleissleiden und werde durch die Resektion naturgemäss nicht behoben. Dieses Verschleissleiden schreite – auch durch die Interaktion mit der Gonarthrose – mit der Zeit weiter fort. Der Nachweis einer kleinen Läsion im Bereich der Unterfläche des Innenmeniskus sei Ausdruck einer fortschreitenden Texturstörung des Meniskus; er sei nicht auf eine neue traumatische Schädigung oder auf einen Rückfall betreffend das Ereignis vom 30. März 2014 zurückzuführen. Die Baker-Zyste werde bereits kurz nach dem Ereignis vom 30. März 2014 bildgebend dokumentiert und sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ausdruck der Arthrose. Beschwerden durch die Bursitis anserina seien erstmals beinahe drei Jahre nach dem Ereignis vom 30. März 2014 beschrieben worden. Die Schleimbeutelentzündung sei damit keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Ereignisses vom 30. März 2014 und stelle auch keinen Rückfall auf dieses Ereignis dar. Eine Rückfallkausalität der von der Beschwerdeführerin im Februar 2017 geschilderten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 30. März 2014 sei deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. 5.1 Die Suva gelangte im angefochtenen Einspracheentscheid zum Ergebnis, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den von der Versicherten per Februar 2017 erneut geklagten Kniebeschwerden und dem Unfallereignis vom 30. März 2014 zu verneinen sei. Dabei stützte sie sich in medizinischer Hinsicht auf die erste versicherungsinterne Beurteilung ihres Kreisarztes vom 8. März 2017 (oben, Erwägung 4.1 hiervor). Der Beschwerdeführerin ist allerdings beizupflichten, dass diese Aktenbeurteilung den Anforderungen an eine valide Einschätzung der medizinischen Verhältnisse nicht genügt. Die betreffende kreisärztliche Einschätzung hält mit Blick auf die strittige Kausalitätsfrage einzig fest, dass die Baker-Zyste am rechten Knie der Versicherten nicht auf den erlittenen Unfall vom 30. März 2014 zurückzuführen sei. Dieser letztlich apodiktischen Schlussfolgerung ist nicht zu entnehmen, weshalb dem so sein soll. Wie der Kreisarzt zu seiner Schlussfolgerung kommt, ist jedenfalls nicht ersichtlich. Zumal die neu geklagten Beschwerden den übrigen ärztlichen Unterlagen zufolge nicht nur auf eine Baker-Zyste, sondern nebst einer varischen Fehlstellung im Kniegelenk offenbar auch auf Schäden am Innen-Meniskus sowie auf eine Bursitis anserina zurückzuführen sind (chirurgische Beurteilung des versicherungsmedizinischen Kompetenzzentrums der Suva vom 25. September 2017, oben, Erwägung 4.3 hiervor), erweist sich die kreisärztliche Beurteilung vom 8. März 2017 nicht nur als unbegründet, sondern auch als unvollständig. 5.2 Die Beschwerdeführerin geht gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung in BGE 135 V 465, E. 4.4, und im Urteil des Bundesgerichts 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012, E. 3.3, davon aus, dass die Suva die vorliegende Angelegenheit nicht mit weiteren, versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen hätte abschliessen dürfen, sondern vielmehr gehalten gewesen wäre, bereits im Rahmen des Einspracheverfahrens eine externe Begutachtung bei einer neutralen Stelle zu veranlassen. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Einerseits erweist sich die zitierte Rechtsprechung in dieser Hinsicht als nicht einschlägig. Daraus kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass es dem Versicherungsträger verwehrt wäre, im Einspracheverfahren bzw. allenfalls im Beschwerdeverfahren mittels einer weiteren, versicherungsinternen Einschätzung des medizinischen Sachverhalts zur Erhellung der massgebenden Verhältnisse beizutragen. Andererseits ist daran zu erinnern, dass das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz verpflichtet ist, wonach jegliche Beweismittel ohne Bindung an förmliche Beweisregeln zu würdigen sind, und der Untersuchungsgrundsatz dabei stets durch die Mitwirkungspflicht

der am Verfahren beteiligten Parteien ergänzt wird (BGE 130 I 183 E. 3.2). Zumal in prozessualer Hinsicht kein Novenverbot besteht, impliziert diese Beweisregel, dass nicht nur die Beschwerde führende Partei, sondern auch die Beschwerdegegnerin selbst noch im verwaltungsgerichtlichen Verfahren grundsätzlich berechtigt ist, eine aktuelle und mithin neue Einschätzung der medizinischen Verhältnisse einzureichen. Anders zu entscheiden hiesse, auch einer Beschwerde führenden Partei letztlich zu untersagen, ihre Parteistandpunkte in medizinischer Hinsicht beispielsweise erst replicando zu untermauern. Mit Blick auf den Untersuchungsgrundsatz des Gerichts würde ein solches Verbot unweigerlich zu einer Verletzung des rechtlichen Gehörs führen. Der von der Beschwerdeführerin zitierten Rechtsprechung lässt sich lediglich entnehmen, dass aus dem Grundsatz der Waffengleichheit das Recht der versicherten Person folgt, mittels eigener Beweismittel in Form von Berichten auch der behandelnden Ärzte die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen versicherungsinterner Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Umgekehrt kann mit Blick auf die dargelegte Verfahrensmaxime aber auch dem Versicherungsträger nicht untersagt werden, seinen Standpunkt mittels erneuter versicherungsinterner Beurteilungen ergänzend darzulegen, sofern der versicherten Person bzw. der Beschwerde führenden Partei dabei konsequent das rechtliche Gehör gewährt wird (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2017, 8C_196/2017, E. 5.3). Diese Voraussetzung ist im hier vorliegenden Fall zweifellos erfüllt: Die Beschwerdeführerin konnte sich ausführlich im Rahmen ihrer Beschwerdebegründung zunächst zur kreisärztlichen Beurteilung vom 22. Mai 2017 und anschliessend im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 11. Oktober 2017 auch zur duplicando eingereichten chirurgischen Beurteilung vom 25. September 2017 äussern. Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung kann in der nachträglichen Einreichung ergänzender versicherungsinterner Einschätzungen mithin keine Verletzung von Verfahrensrechten erblickt werden. 5.3 Wie zuvor ausgeführt, kommt dem Bericht eines beratenden Arztes des Versicherungsträgers zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Solche Berichte sind aber soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringen – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Wie ebenfalls bereits dargelegt, vermag die erste kreisärztliche Beurteilung vom 8. März 2017 nicht zu überzeugen. Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die Aussage des behandelnden Arztes in dessen Bericht vom 27. April 2017 (Suva-Dok 60). Wie die Beschwerdeführerin richtig vorbringt, ist auch dessen Einschätzung unbegründet erfolgt. Die alleinige Tatsache, dass sich die Versicherte im Nachgang zu ihrem Unfall einer operativen Versorgung ihres rechten Knies unterzogen hat, spricht jedenfalls nicht dafür, dass ihre aktuellen Beschwerden auf das am 30. März 2014 erlittene Unfallereignis zurückführen wären. Anders zu entscheiden hiesse, die Kausalität lediglich damit zu begründen, dass die Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen wäre. Zumal anlässlich der MRT-Untersuchung vom 8. April 2014 – rund eine Woche nach dem Unfallereignis vom 30. März 2014 – bereits ausgeprägte Veränderungen des Gelenkknorpels mit akzentuierten Gonarthrose-Zeichen erhoben worden waren (Verlaufsbericht des behandelnden Arztes vom 17. April 2014, Suva-Dok 4), ist eine solche "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation beweisrechtlich unzulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_178/2010 vom 22. Juni 2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Die Aussage des behandelnden Arztes in dessen Stellungnahme vom 27. April 2017 (Suva-Dok 60), dass der aktuelle Zustand der Kniegelenke mit dem Trauma und der stattgefundenen Operation im Jahr 2014 zusammenhänge, ist deshalb weder

nachvollziehbar noch überzeugend. 5.4 Anders ist in Bezug auf die chirurgische Beurteilung der Suva vom 25. September 2017 zu entscheiden. An der Richtigkeit der Schlussfolgerungen dieser versicherungsinternen Einschätzung zu zweifeln, besteht kein Anlass. Sie setzt sich umfassend und detailliert mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und erläutert in differenzierter Art und Weise die gesundheitlichen Verhältnisse am betroffenen Knie der Versicherten. Was zunächst die seitens des behandelnden Arztes bereits im November 2015 erhobene varische Deformität betrifft (Sprechstundenbericht vom 26. November 2015, Suva-Dok 28), zeigt die kreisärztliche Beurteilung auf, dass eine solche Fehlstellung nebst der aktenkundigen Adipositas als wichtiger Faktor für das Entstehen einer Gonarthrose gilt. Dieses Verschleissleiden, wie es bei der Versicherten bereits schon kurz nach dem Unfall vom 30. März 2014 in akzentuierter Form erhoben worden war (MRT-Untersuchungsbericht vom 9. April 2014, Suva-Dok 3 und Verlaufsbericht vom 17. April 2014, Suva-Dok 4), belegt mithin einen Überlastungsschaden, wie er auch durch den behandelnden Arzt explizit diagnostiziert worden ist (Sprechstundenbericht vom 26. November 2015, Suva-Dok 28). Diese Tatsache spricht klar gegen eine traumatische Rückfallursache. Nichts anderes gilt hinsichtlich des Mittelteils des medialen Meniskus, bei welchem gemäss der nach dem Unfall angefertigten MRT-Diagnostik nicht nur von vorbestehenden Verschleisserscheinungen in Form einer degenerativen Auswulzung auszugehen ist, sondern auch anlässlich der Kniearthroskopie eine grossflächige Chondrose mit freien Knorpellamellen festzustellen war. Nachdem die unfallbedingte Rissbildung am Übergang zum Hinterhorn des Innenmeniskus am 16. Juni 2015 operativ reseziert worden war (Operationsbericht vom 14. Mai 2014, Suva-Dok 12), konnte anlässlich der radiologischen Untersuchung vom 16. Februar 2017 ein weiterhin glatter Innenmeniskus erhoben werden (MRI-Bericht vom 16. Februar 2017, Suva-Dok 47). Damit aber ist davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Geltendmachung von Rückfallbeschwerden per Februar 2017 keine Residuen des ursprünglich erlittenen Unfalls mehr feststellbar waren. Diese Schlussfolgerung deckt sich mit der Einschätzung, zu welcher bereits der kreisärztliche Dienst der Suva anlässlich seiner Beurteilung vom 22. Mai 2017 gelangt ist (oben, Erwägung 4.2 hiervor). Damit wiederum aber ist der kreisärztlichen Beurteilung vom 25. September 2017 zu folgen, wonach der Unfall vom 30. März 2014 ein im Sinne einer medial betonten Gonarthrose und einer Femoro-Patellarthrose erheblich vorgeschädigtes Kniegelenk getroffen hat. Daran vermag die ebenfalls vorbestehende Texturstörung des Innenmeniskus nichts zu ändern. Ein Rückfall im Zusammenhang mit dem ursprünglich erlittenen Unfall ist unter diesen Umständen jedenfalls nicht dargetan. Nichts anderes gilt in Bezug auf die durch die Baker-Zyste und die Schleimbeutelentzündung im Bereich der muskulären Ansatzsehne im betroffenen Knie hervorgerufenen Beschwerden. Die Baker-Zyste war bereits kurz nach dem Unfall vom 30. März 2014 bildgebend dokumentiert (MRT-Befund vom 9. April 2014, Suva-Dok 3); auch sie muss als vorbestehend und deshalb als unfallfremd qualifiziert werden. Die durch eine Bursitis anserina hervorgerufenen Beschwerden werden schliesslich in Form einer deutlichen Druckdolenz erstmals am 7. Februar 2017 erwähnt (Suva-Dok 44). Die mithin knapp dreijährige Latenzzeit zwischen dem Unfall und dem erstmaligen Auftreten dieser Beschwerden spricht klarerweise auch hier gegen einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang. Auf die kreisärztliche Einschätzung vom 25. September 2017 ist deshalb abzustellen. 5.5 An diesem Ergebnis ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin vom versicherungsmedizinischen Kompetenzzentrum der Suva nicht persönlich untersucht

worden ist. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht per se unzuverlässig. Einem reinen Aktengutachten kann sehr wohl ein voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen lediglich um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind deshalb bei Fragestellungen dann zulässig, wenn die übrigen Unterlagen ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich der Sachverständige gesamthaft ein lückenloses Bild machen kann (Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1988, Nr. U 56 S. 370 E. 5b). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Das versicherungsmedizinische Kompetenzzentrum der Suva hatte gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten ausschliesslich zu beurteilen, ob die mit den geklagten Beschwerden im Zusammenhang stehenden Diagnosen am rechten Knie überwiegend wahrscheinlich auf den ursprünglich erlittenen Unfall vom 30. März 2014 zurückzuführen sind. Bei dieser Fragestellung kann eine gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung durchaus Klärung bringen. Das versicherungsmedizinische Kompetenzzentrum der Suva hat vorliegend denn auch alle vorhandenen Arztberichte gewürdigt und sich so ein vollständiges Bild über die strittige Frage machen können. 5.6 Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, die SUVA habe die Kausalitätsfrage in medizinischer Hinsicht ungenügend abgeklärt und sei damit dem Untersuchungsgrundsatz im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen, ist auf das bereits Dargelegte zu verweisen (oben, Erwägung 5.2 hiervor). Sofern die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen), und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 4 S. 28; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162, je mit Hinweisen). Vorliegend beruhen die Einschätzung der medizinischen Situation und die Beurteilung der strittigen Rückfallkausalität letztlich auf einer umfassenden Würdigung der relevanten Vorakten. Diese führt insgesamt zu einem nachvollziehbaren Ergebnis. Dies gilt umso mehr, als sich in den übrigen medizinischen Akten keine Anhaltspunkte befinden, welche die versicherungsinternen Schlussfolgerungen in Zweifel ziehen oder gar in überzeugender Art und Weise für eine Bejahung einer nachvollziehbar begründeten Rückfallkausalität sprechen würden. Aufgrund dieser klaren Sachlage ist dem Untersuchungsgrundsatz im hier vorliegenden Fall aber Genüge getan. Es kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen abgesehen werden (BGE 136 I 236 E. 5.3, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

E. 6

Zusammenfassend hat die Suva ihre Leistungspflicht für die von der Beschwerdeführerin gemeldeten Rückfallbeschwerden am rechten Knie zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 7

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 erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde am 28. Dezember 2017 Beschwerde ans Bundesgericht erhoben (vgl. nach Vorliegen des entsprechenden Urteils Verfahren-Nr. 8C_916/2017).

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