

# **BL\_GERICHTE 725 23 378 vom 29. Juni 2023**

BL Gerichte, 2023-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725 23 378](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_23_378)

FR: BL\_GERICHTE 725 23 378 du 29 juin 2023

IT: BL\_GERICHTE 725 23 378 del 29 giugno 2023

## **Regeste**

Rückfall, Kausalzusammenhang: Beweiswürdigung der versicherungsinternen Beurteilungen und des eingeholten Parteigutachtens

## **Erwägungen**

### **E. 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 Kantonsgerichts 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 Beschwerden zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Dezember 2023 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Vorab ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, die Beschwerdegegnerin habe seine Mitwirkungsrechte missachtet und damit seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. In diesem Zusammenhang bringt er im Wesentlichen vor, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren zum Schluss gekommen sei, dass ein Leistungsentscheid gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht möglich sei. Anstatt jedoch unter Einbezug des Beschwerdeführers zur Wahrung seiner Verfahrensrechte ein externes Gutachten zu veranlassen, habe sie ohne Mitteilung an den Versicherten «hinter den Kulissen» weitere kreisärztliche Abklärungen getätigt, deren Ergebnisse ihm erst mit dem Einspracheentscheid mitgeteilt worden seien.

#### **E. 2.1**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor

Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht in allgemeiner Weise, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände sagen (BGE 144 I 11 E. 5.3 mit Hinweisen).

### **E. 2.2**

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Seine Verletzung führt ungeachtet der materiellen Begründetheit des Rechtsmittels zur Gutheissung der Beschwerde und zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (BGE 144 I 11 E. 5.3). Vorbehalten bleiben praxismässig Fälle, in denen die Verletzung des Akteneinsichtsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor einer Instanz äussern kann, welche sowohl die Tat- als auch die Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen). Darüber hinaus kann nach der Rechtsprechung selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung (im Sinne einer "Heilung" des Mangels) abgesehen werden, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Es liegt im Ermessen des Rechtsanwenders, also des Versicherungsträgers oder des Gerichts, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären ist. Grundsätzlich kommt der Behörde ein grosser Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit der Erhebungen und Abklärungen zu (Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherungsrecht und berufliche Vorsorge [SZS] 2006, S. 288). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers war die Beschwerdegegnerin deshalb im Rahmen des Einspracheverfahrens nicht verpflichtet, eine externe Begutachtung zu veranlassen, selbst wenn sie – wie hier – weitere Abklärungen für angezeigt hielt. Ob die Beschwerdegegnerin dem Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör genügte, indem sie ihm vor Eröffnung des Einspracheentscheids weder die Einholung einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung noch deren Ergebnisse mitteilte, erscheint tatsächlich fraglich. Fest steht indessen, dass sich der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu sämtlichen medizinischen Unterlagen umfassend hat äussern können. Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Vor allem aber würde eine Rückweisung der Angelegenheit ein formalistischer Leerlauf bedeuten und zu Verzögerungen führen, die wohl nicht im Interesse des Beschwerdeführers sind. Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vor dem Kantonsgericht kann deshalb in jedem Fall als geheilt betrachtet werden.

### **E. 3**

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden am linken Knie zu Recht abgelehnt hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob zwischen den (aktuellen) Kniebeschwerden und dem Unfall vom 9. Juni 2022 ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang besteht. Augenscheinlich unbestritten ist dabei, dass die im Rahmen der Rückfallmeldung geklagten Knie-schmerzen auf die mit Operation vom 30. Juni 2022 behandelten Beschwerden zurückzuführen sind. 4.1 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. 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. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). 4.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt. Dabei handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt.

## E. 5

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C\_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings 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 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 6.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 6.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). 6.3 Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass Rückfälle begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des

Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C\_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C\_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

## **E. 7**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 132 V 93 E. 4). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind 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 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4).

## **E. 8**

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

### **E. 8.1**

Der Versicherte erlitt am 9. Juni 2022 eine Distorsion des linken Knies. Eine Röntgenuntersuchung vom selben Tag ergab gemäss Bericht des Spitals D., Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, vom 9. Juni 2022 eine regelrechte Artikulation im Kniegelenk sowie eine zentrierte Patella. Es gebe keinen Nachweis einer dislozierten Fraktur und es liege kein suspekter Kortikalisunterbruch vor. Es zeige sich jedoch ein Gelenkerguss. Bei persistierenden Beschwerden wurde von den behandelnden Ärzten ein MRI veranlasst. Gemäss Bericht vom 27. Juni 2022 zeigte sich anlässlich dieser bildgebenden Untersuchung eine flächigschmale präpatellare Bursitis und am Medialmeniskus posterior ein komplexer Schaden im Sinne eines vorwiegend horizontalen Risses mit angrenzenden Zysten kapselständig; kleinere Abzweigungen könnten durch ein

frischeres Trauma entstanden sein. Im Übrigen seien kein Gelenkserguss, keine Knochenkontusion und keine akute Bandverletzung sichtbar geworden. Es lägen median transkapsuläre Ganglien vor. Die mediale komplexe Meniskusruptur wurde am 30. Juni 2022 mit einer diagnostischen Arthroskopie mit medialer Teilmenisektomie und Meniskusnaht in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital D. operativ versorgt (Operationsbericht vom 4. Juni 2022). Postoperativ wurde mit Sprechstundenberichten vom 16. August 2022 und 27. September 2022 ein erfreulicher Verlauf festgehalten 8.2 Der Kreisarzt Dr. med. univ. E. , Arzt für Allgemeinmedizin (A), hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 26. Oktober 2022 fest, dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu objektivierbaren zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe. Der Schaden, der operativ versorgt worden sei, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Im MRI sei ausschliesslich ein degenerativer Befund ohne Hinweis auf eine Traumatisierung der Knieinnenstrukturen festgehalten worden. Als Folge der Kontusion liege lediglich eine Bursitis vor, die in zwei bis längsten vier Wochen abgeheilt sei.

### **E. 8.3**

Gemäss Sprechstundenbericht der behandelnden Ärzte vom 14. Dezember 2022 habe sich anlässlich der Halbjahreskontrolle nach dem operativen Knieeingriff ein beschwerdefreier Patient ohne Restbeschwerden gezeigt. Er sei im angestammten Alltag reintegriert. Die Physiotherapie sei abgeschlossen und es seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen.

### **E. 8.4**

Im Rahmen des gemeldeten Rückfalls wurde am 24. Mai 2023 ein weiteres MRI des linken Knies durchgeführt. Im entsprechenden Bericht vom selben Tag wurde als Befund festgehalten: (1) ein Status nach Naht des horizontalen Unterflächeneinrisses des medialen Hinterhorns, übergehend in den hinteren medialen Korpus und sich auch in die mediale Wurzel erstreckend ohne Hinweise auf eine vermehrte Dehiszenz oder Luxation eines Meniskusfragmentes; (2) plattenartige feine Infraktionen an der proximalen medialen Tibiaepiphyse angrenzend an die ehemalige Epiphysenfuge mit flächigem Knochenmarksödem, differenzialdiagnostisch überlastungsbedingt oder posttraumatisch oder auf die Knochendichte zurückzuführen; (3) ein flaueres diskretes Knochenmarksödem an der medialen Femurkondyle ohne Infraktion; (4) eine subchondrale Sklerose der hinteren medialen Femurkondyle mit hier auch fokaler Ausdünnung des Gelenkknorpels (Grad I bis II); (5) ein mässiger Reizerguss ohne Baker-Zyste.

### **E. 8.5**

Dem Sprechstundenbericht der behandelnden Ärzte vom 6. Juni 2023 ist zu entnehmen, dass die am 6. Mai 2023 plötzlich aufgetretenen stechenden medialen Schmerzen ohne auslösendes Trauma nunmehr spontan ohne Physiotherapie regredient seien. Im MRI hätten eine Dehiszenz des ehemaligen Risses sowie eine Luxation des Meniskusfragments ausgeschlossen werden können. Nichtsdestotrotz sei eine diskrete Rissbildung neueren Alters nicht vollends auszuschliessen und von der klinischen Symptomatik abhängig. Es wurde Physiotherapie verschrieben und eine medikamentöse Behandlung der Knorpelausdünnung begonnen.

### **E. 8.6**

Anlässlich einer klinischen Verlaufskontrolle vom 19. Juni 2023 hielten die behandelnden Ärzte einen sehr zufriedenstellenden Verlauf fest (Sprechstundenbericht vom 26. Juni

2023). Die Schmerzen seien weiterhin deutlich rückläufig, der Patient verspüre im Alltag so gut wie keine Schmerzen mehr. Es werde empfohlen, die derzeit laufende physiotherapeutische Serie noch abzuschliessen. Bei gutem Verlauf erfolge ihrerseits der Behandlungsabschluss.

#### **E. 8.7**

Nachdem die Beschwerdegegnerin die Übernahme von Versicherungsleistungen für den am 8. Mai 2023 gemeldeten Rückfall mit Verfügung vom 29. Juni 2023 abgelehnt hatte, erhob der Versicherte Einsprache. In diesem Zusammenhang liess er eine Einschätzung des Arztes Dr. med. F., FMH Allgemeine Innere Medizin und Vertrauensarzt der Rechtsschutzversicherung des Versicherten, vom 11. August 2023 einreichen. Darin hielt dieser fest, dass die Stellungnahme von Dr. E. vom 26. Oktober 2022 richtig gewesen sei, da der Meniskus selber effektiv sichere degenerative Veränderungen gezeigt habe. Es sei primär keine native Bildgebung verlangt noch eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden, sondern die Diagnose sei mittels Arthroskopie gestellt und behandelt worden. Bei diesem Prozedere habe eine Infraktion am Tibiakopf nicht festgestellt werden können. Erst am 24. Mai 2023 sei die Fraktur festgestellt worden, welche überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis vom 9. Juni 2022 erklärt werden könne. Ob die Fraktur vorbestanden habe, sei unwahrscheinlich und nicht zu beweisen. Die Unfallkausalität sei folgendermassen neu zu beurteilen: Der Versicherte habe sicher einen degenerativen Meniskus anlässlich des Ereignisses im Jahr 2022 traumatisiert. Dr. E. habe keine Kenntnisse des MRI-Befunds vom 28. (recte wohl: 24.) Mai 2023 gehabt. Eine neue ärztliche Beurteilung habe nach dieser Bildgebung wahrscheinlich nicht stattgefunden. Mit der MRI-Diagnose müsse die Rückfallkausalität überwiegend wahrscheinlich bejaht werden.

#### **E. 8.8**

Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge eine kreisärztliche Beurteilung bei Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. Nach Darstellung aller Akten stellt Dr. G. in seiner Einschätzung vom 25. September 2023 fest, dass der Versicherte am 9. Juni 2022 eine Knie-distorsion bzw. -kontusion erlitten habe. Nach eigenen Angaben habe er sich das Knie unklar verdreht und angeschlagen. Im MRI vom 27. Juni 2022 habe sich eine chronischdegenerative Innenmeniskusläsion im Sinne einer intrameniskalen Degeneration und horizontalen Ruptur gezeigt. Eine überwiegend wahrscheinlich posttraumatische Meniskusverletzung habe nicht nachgewiesen werden können. Auch im MRI vom 24. Mai 2023 finde sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine frische traumatische Läsion. Beide MRI würden vielmehr das klassische Bild einer medialen Überlastung, einmal vor Meniskusnaht mit intrameniskaler Degeneration und horizontaler Ruptur und einmal nach Meniskusnaht mit überlastungsbedingtem Knochenmarksödem in der Tibiaepiphyse zeigen. Beim Unfallereignis habe der Versicherte eine Prellung erlitten. Es sei zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des pathologischen Vorzustandes mit zusätzlich traumatisierter Bursa präpatellaris sowie einer Gelenksreizung mit Kniegelenkserguss gekommen. Ein Status quo sine sei, wie schon von Dr. E. festgehalten, spätestens Ende November 2022 erreicht. An der bisherigen Kausalitätsbeurteilung könne festgehalten werden. Dr. F. bestätige, dass die Leistungseinstellung des ursprünglichen Ereignisses zu Recht erfolgt sei, weil der Meniskus degenerative und nicht traumatische Veränderungen gezeigt habe. Er gehe aber zu Unrecht davon aus, dass die Diagnose arthroskopisch gestellt und dabei eine Infraktion des

Tibiaplateaus bzw. ein Knochenmarksödem im Tibiakopf übersehen worden sei. Vielmehr liege das MRI vom 27. Juni 2022 vor. In diesem rund zweieinhalb Wochen nach dem Schadensereignis durchgeführten MRI habe sich als einziger pathologischer Befund die chronischdegenerative Meniskusläsion gezeigt ohne Knochenmarksödem. Damit könne der Argumentation von Dr. F. , wonach dieses posttraumatisch entstanden sein solle, nicht gefolgt werden.

#### **E. 8.9**

Dr. F. nahm anschliessend nochmals unter Beizug einer radiologischen Zweitmeinung Stellung zu den MRI-Bildern. Mit Schreiben vom 22. November 2023 führte er unter Verweis auf die Beurteilung des beigezogenen Radiologen aus, dass bei den Veränderungen am Tibiakopf differenzialdiagnostisch primär an eine Stress- oder Insuffizienzfraktur gedacht werden müsse. Eine ereignisbedingte Ursache im Sinne einer Fraktur sei jedoch vorliegend nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Da sich das Knochenmarksödem nicht wesentlich bis an die Gelenkfläche ausdehne und damit nicht subchondral gelegen sei, sei die Überlastungssituation im Rahmen des Meniskusrisse eher unwahrscheinlich. Der Versicherte habe offenbar kein Ereignis erlitten, welches die Unfallkriterien erfülle. Ob das unfallähnliche Ereignis geeignet gewesen sei, die Fraktur zu verursachen, könne unter Berücksichtigung der zwei fachärztlichen Beurteilungen der MRI überwiegend wahrscheinlich angenommen werden.

#### **E. 8.10**

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin eine weitere kreisärztliche Beurteilung von Dr. G. vom 25./26. Januar 2024 ein. Darin nahm dieser insbesondere zu den Ausführungen von Dr. F. Stellung. Er führte aus, dass Dr. F. einerseits bestätige, dass sich intraoperativ eine degenerative Meniskusläsion gezeigt habe, die nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Seine Schlussfolgerungen bezüglich des mit MRI vom 24. Mai 2023 festgestellten Knochenmarksödems beruhten indes auf der falschen Annahme, dass präoperativ keine Bildgebung erfolgt sei. Da indes bereits am 27. Juni 2022 ein MRI angefertigt worden sei, wo sich kein Knochenmarksödem gezeigt habe, sei die Schlussfolgerung, wonach dieses auf den Unfall zurückzuführen sei, nachweislich falsch. Darauf sei bereits in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 25. September 2023 hingewiesen worden. Dennoch sei Dr. F. in der aktuellen Stellungnahme auf diese entscheidende Tatsache nicht eingegangen. Die von Dr. F. eingeholte radiologische Zweitmeinung beziehe sich auf das aktuellere MRI vom 24. Mai 2023 und bestätige letztlich die versicherungsmedizinische Einschätzung, wonach es sich nicht um eine frische traumatische Läsion, sondern um eine Insuffizienz-/Überlastungssituation handle. Der nunmehr von Dr. F. aufgestellten Hypothese, wonach kein Unfallereignis stattgefunden habe, sondern eine Listenverletzung zu prüfen sei, könne nicht gefolgt werden. Medizinisch entspreche ein Knochenmarksödem keiner Listen-diagnose. Eine Fraktur bedinge per Definition einen Unterbruch der strukturellen Kontinuität des Knochencortexes mit einer Schädigung des umgebenden Weichteilgewebes. Die liege beim Versicherten nachweislich nicht vor. Zusammenfassend sei weiterhin auf die Einschätzung von Dr. E. , wonach der Versicherte eine Prellung erlitten habe, abzustellen. Spätestens nach vier Wochen hätten keine Unfallfolgen mehr vorgelegen. Das im Verlauf aufgetretene Knochenmarksödem sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine chronische Überlastung durch Fehlen einer Pufferfunktion des operativ entfernt und refixierten Innenmeniskus zurückzuführen, was letztlich auch von beigezogenen Radiologen bestätigt

werde. 9.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Frage, ob die aktuell geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. Juni 2022 stehen, auf die kreisärztlichen Beurteilungen, namentlich auf diejenigen von Dr. E. vom 26. Oktober 2022 und von Dr. G. vom 25. September 2023. 9.2 Wie in Erwägung 7 hiervoor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auch eine reine Aktenbeurteilung 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 das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann 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). Die beim Beschwerdeführer festgestellten Befunde und Diagnosen sind grundsätzlich unbestritten. Die Beurteilung der natürlichen Kausalität darf folglich im Rahmen eines Aktengutachtens beurteilt werden. Wie auch bei anderen versicherungsinternen medizinischen Einschätzungen sind bei solchen Aktengutachten allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen. 9.3 Solche Zweifel bestehen vorliegend entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht. Zwar ist die Beurteilung von Dr. E. vom 26. Oktober 2022 bloss sehr knapp begründet, womit ihre Beweiskraft für sich alleine fraglich ist. Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat indessen Dr. G. unter Berücksichtigung der Vorakten, der bildgebenden Dokumentation sowie der geklagten Beschwerden eine schlüssige, begründete und für die streitigen Belange umfassende Beurteilung abgegeben. So erläutert er nachvollziehbar, dass die im MRI sichtbaren Pathologien auf eine (degenerative) Überlastungssituation zurückzuführen sind. Insgesamt kommt der Versicherungsfacharzt nachvollziehbar zum Schluss, dass das Unfallereignis bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Knieproblematik im Sinne einer Aktivierung der Bursitis geführt hat, nach spätestens vier Wochen vom Erreichen des Vorzustandes im Sinne eines Status quo sine auszugehen ist und die aktuell geklagten Beschwerden auf eine Überlastungssituation des Knies nach der Operation – die nicht der Behandlung von Unfallfolgen diene – zurückzuführen sind. 9.4 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die Beweiskraft der versicherungsmedizinischen Stellungnahmen in Frage zu stellen. Insbesondere vermögen die Ausführungen von Dr. F. in den Parteigutachten vom 11. August 2023 und 22. November 2023 keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung zu wecken. Die Schlussfolgerungen des Parteigutachters beruhen auf einer unvollständigen Aktenlage, da ihm offenkundig das MRI vom 27. Juni 2022 nicht bekannt war. Ihr Beweiswert ist damit von vornherein stark eingeschränkt. Ferner erscheinen sie in Bezug auf die relevante Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs teilweise widersprüchlich. So führt Dr. F. zunächst aus, dass die Leistungseinstellung sich nachträglich als unrichtig herausgestellt habe, begründet aber den von ihm hier angenommenen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Infraktion am Tibiakopf nicht. In seiner

späteren Stellungnahme verneint er demgegenüber das Vorliegen eines Unfallereignisses – wofür sich in den Akten keine Anhaltspunkte ergeben – und postuliert das Vorliegen einer Listenverletzung. In seiner Beurteilung vom 25. September 2023 und insbesondere in der im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens verfassten Beurteilung vom 25./26. Januar 2024 (zur Zulässigkeit nachträglich ins Verfahren eingebrachter kreisärztlicher Beurteilungen vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2018, 8C\_916/2017, E. 3.1) erläutert der Kreisarzt Dr. G. eingehend und nachvollziehbar, weshalb der Argumentation von Dr. F. nicht gefolgt werden kann. Letztlich kann festgehalten werden, dass sich weder aus den Ausführungen von Dr. F. noch aus denjenigen des von ihm beigezogenen Radiologen eine klare, begründete Bejahung eines Kausalzusammenhangs ergibt. Auch in den übrigen medizinischen Akten finden sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Unfallkausalität der geklagten Kniebeschwerden oder von Dr. G. abweichende Einschätzungen. Es liegen damit keine Gründe vor, an der Einschätzung des Versicherungsmediziners zu zweifeln.

## **E. 10**

Zusammenfassend kann nach dem Ausgeführten bei der Beurteilung der medizinischen Fragen und des natürlichen Kausalzusammenhangs auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. G. abgestellt werden. Demzufolge ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die im Rahmen der Rückfallmeldung im Mai 2023 geklagten Kniebeschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 9. Juni 2022 stehen. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie hier – eine zuverlässige Beurteilung der Tatfrage des natürlichen Kausalzusammenhangs zu, so kann auf die eventualiter beantragte Einholung eines gerichtlichen Gutachtens bzw. die Rückweisung zu weiteren Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 9. November 2023 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden am linken Knie zu Recht abgelehnt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

## **E. 11**

Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

### **E. 11.1**

Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

### **E. 11.2**

Der Beschwerdeführer beantragt die Übernahme der Kosten für die Erstellung der Stellungnahmen von Dr. F. vom 11. August 2023 und 11. November 2023 in der Höhe von insgesamt Fr. 802.--. Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Die Stellungnahmen

von Dr. F. beruhen auf einer unvollständigen Aktenlage (vgl. E. 9.3 hiervor) und enthielten Widersprüche. Sie konnten deshalb weder für die Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers dienen noch an den beweistauglichen Einschätzungen der Kreisärzte Zweifel wecken. Unter diesen Umständen sind die Kosten des Parteigutachtens nicht der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 11.3**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wird dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 21 Abs. 1 und Abs. 4 VPO). Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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