

BL_GERICHTE 725 24 321 vom 14. August 2025

BL Gerichte, 2025-08-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 24 321](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_24_321)

FR: BL_GERICHTE 725 24 321 du 14 août 2025

IT: BL_GERICHTE 725 24 321 del 14 agosto 2025

Regeste

Rückweisung der Angelegenheit an den Unfallversicherer, damit dieser weitere medizinische Abklärungen tätigt.

Erwägungen

E. 1

Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 18. Oktober 2024 ist einzutreten. 2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 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 (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000), ist der Unfallversicherer gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG verpflichtet, ihr ein Taggeld auszurichten. Besteht infolge des Unfalles eine mindestens 10 %-ige Invalidität (Art. 8 ATSG), so hat die versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so steht ihr nach Art. 24 Abs. 1 UVG eine angemessene Integritätsentschädigung zu. Für diese Leistungen hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde –

die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (vgl. BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

2.3 Eine weitere Voraussetzung für die Leistungspflicht des Unfallversicherers bildet das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfallereignis werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1). Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wird erst dann gesprochen, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen wissenschaftlich anerkannt sein (vgl. BGE 138 V 248 E. 5.1). Alleine die grundsätzliche Geeignetheit eines Ereignisses, zu einer Verletzung zu führen, reicht nicht, um diese als organisch objektiv ausgewiesen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 8C_310/2011, E. 4.5.1).

2.4 Hat ein Unfallversicherer die Unfallkausalität bejaht und Leistungen erbracht, entfällt seine Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt und dieser 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. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nun bei

voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2025, 8C_27/2025, E. 4.3.2). 2.5 Nach Gesetz und Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall (unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld sowie mit Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung) abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3). Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffs "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. September 2020, 8C_399/2020, E. 3.2).

E. 3

In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist auf die folgenden Grundsätze hinzuweisen: Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Verwaltung und Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. 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 den 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 abstellt (vgl. 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Berichten 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 (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1).

4.1 Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt: 4.2 Dem Austrittsbericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals J. ____ vom 29. Mai 2025 wurde bezüglich der Knieproblematik als Befund erhoben eine kleinere Prellmarke und Schürfwunde subpatellär rechts, Extension vom Knie rechts endgradig möglich, kein Knieerguss palpabel, Knie klinisch stabil, keine Druckdolenzen reproduzierbar, pDMS intakt. Die Röntgenuntersuchung des rechten Knies habe keine Fraktur, erhaltene Artikulationen und einen geringen Erguss des OSG gezeigt. Die Extension des rechten Knies sei endgradig möglich. Die Flexion des Knies sei bis 90° möglich, danach sei sie sehr schmerzhaft.

4.3 Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte mit Bericht vom 12. August 2022 die Diagnose des Verdachts auf Entrapment Nervus infrapatellaris Knie rechts nach Autounfall. Die Patientin habe angegeben, seit dem Unfall würden Beschwerden im Sinne einer starken Berührungsempfindlichkeit über dem medialen Kompartiment bestehen. Als Befund notierte Dr. L. ____ ein ergussfreies, stabiles und frei bewegliches rechtes Kniegelenk. Es bestehe eine ausgeprägte Hypersensibilität entlang der medialen Patellakante. Die Patientin sei praktisch nicht untersuchbar. Die Sensibilität im distalen Versorgungsgebiet des Nervus infrapatellaris sei intakt, was direkt nach dem Unfall nicht der Fall gewesen sei. In der Beurteilung hielt Dr. K. ____ fest, dass es sich um eine extreme Berührungsempfindlichkeit im Bereich des Nervus infrapaterallis handle. Möglicherweise sei dieser gequetscht oder in einer Narbe verbacken. Er gehe davon aus, dass eine weiterführende Bildgebung, beispielsweise mit einem MRI, keine Konsequenzen haben würde. Hinweise für eine Band- oder Meniskusverletzung bestünden primär nicht. Er überweise die Patientin an Dr. med. L. ____, Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin FMH, um den Nervus infrapatellaris probatorisch zu infiltrieren und zu blockieren. Sollte sich sein Verdacht bestätigen, müsse ein plastischer Chirurg den Nerv befreien.

4.4 Dr. L. ____ hielt nach zwei Infiltrationen im Bericht vom 1. September 2022 fest, dass ein chronischer, neuropathischer Schmerz/Allodynie des Ramus infrapatellaris rechts nach traumatischer Kompression bei Verkehrsunfall vorliege. Nachdem sich das Hämatom zurückgebildet habe, sei es zu einer anhaltenden Überempfindlichkeit am medialen Knie rechts gekommen. Die erste Nervenblockade habe zu einem sehr guten Ansprechen mit anschliessend anhaltender Schmerzreduktion von 60 % geführt. Es sei eine Serie von Infiltrationen im Sinne einer Desensibilisierung geplant. Mit Bericht vom 4. Dezember 2022 hielt Dr. L. ____ bei gleichbleibender Diagnose fest, dass bezüglich der Allodynie erfolgreich eine anhaltende Schmerzreduktion von mindestens 60 % erreicht worden sei.

4.5 Dr. C. ____ gelangte im Rahmen einer Aktennotiz am 8. Dezember 2022 bezüglich der Unfallfolgen am rechten Knie zur Auffassung, dass überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall Prellungen des Thorax, des Beckens und der Clavicula rechts sowie eine Kontusion Ramus infrapatellaris

Knie rechts verursacht worden seien. Die Prellungen seien nach zwei bis vier Wochen abgeheilt, die medizinische Dokumentation sei allerdings dürftig. 4.6 Dr. D.____ führte in der Beurteilung vom 18. Februar 2023 aus, dass es sich nicht um eine banale Prellung handle, sondern um eine Prellung subpatellär im Versorgungsgebiet des Nervus infrapatellaris, die zu den entsprechenden Beschwerden bzw. Schmerzen geführt habe. Die Leistungen seien von der Suva zu Unrecht per 31. Dezember 2022 eingestellt worden. Der Status quo sine sei nicht erreicht. Es liege eine unfallkausale Läsion des Nervus infrapatellaris rechts vor. 4.7 Daraufhin hielt Dr. C.____ in seiner Aktennotiz vom 28. Februar 2023 fest, dass eine fachärztlich neurologische Abklärung gegebenenfalls vor der Infiltration angezeigt gewesen wäre. Ausserdem habe Dr. L.____ im Bericht vom 4. Dezember 2022 festgehalten, dass die Infiltration zur anhaltenden Desensibilisierung geführt habe, weshalb sich die Frage stelle, auf welcher Grundlage weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. 4.8 Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. April 2023 einen chronischen, neuropathischen Schmerz/Allodynie des Ramus infrapatellaris rechts nach traumatischer Kompression anlässlich des Unfalles vom 26. Mai 2022 und den Status nach diagnostischer Blockade des Ramus infrapatellaris rechts vom 17. August 2022. Momentan nehme die Schmerzproblematik zu. Er empfehle eine neue Serie von Infiltrationen im Sinne einer Desensibilisierung und bei persistierendem patellarem Schmerz eine MRI zum Ausschluss einer subpatellaren Knorpelläsion nach dem Unfall. In der Folge führte Dr. M.____ mehrmalige Blockaden durch, worauf sich der Schmerzzustand besserte (vgl. Bericht vom 23. Juli 2023). 4.9 Nach Einblick in die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin gelangte Dr. C.____ im Rahmen seiner Beurteilung vom 20. April 2023 zur Auffassung, dass eine Läsion des Nervus infrapatellaris nicht nachvollziehbar ausgewiesen sei. Eine fachärztlich neurologische Abklärung habe diesbezüglich nicht stattgefunden. Dr. L.____ halte fest, dass ab der ersten Infiltration eine Schmerzreduktion von mindestens 60 % habe erreicht werden können, was von Dr. D.____ nicht erwähnt werde. Die Versicherte habe anlässlich des Unfalles Kontusionen des Thorax, des Beckens und des rechten Kniegelenkes erlitten. Ausser Diskussion stehe, dass nach Prellungen über längere Zeit Restbeschwerden bestehen könnten. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der ausgewiesenen Befunde sei zwei bis vier Wochen nachvollziehbar. Darüber hinaus lasse sich insbesondere auch keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer angenommenen Prellung des Nervus infrapatellaris Knie rechts nachvollziehen. 4.10 Prof. E.____ diagnostizierte in seinem neurologischen Konsilium vom 15. August 2023 eine Neuropathie des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus rechts mit/bei Status nach traumatischer Kompression bei Verkehrsunfall am 26. Mai 2022. Er hielt fest, anamnestisch hätten nach dem stattgehabten Knietrauma im Mai 2022 ein Druckgefühl rechts sowie eine deutlich vermehrte Berührungsempfindlichkeit/Hyperästhesie im Bereich des rechten Knies bestanden. Darüber hinaus würden in der klinischen Untersuchung des rechten Knies ein positives Tinel-Zeichen im Bereich der Knieinnenseite im Verlauf des Nervus infrapatellaris mit Angabe von ausstrahlenden Missempfindungen elektrisierend im Nervenverlauf sowie auch eine diskrete Hypästhesie infrapatellar bestehen. Ursache sei eine Neuropathie des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus, passend hierzu sei auch, dass die diagnostischen Infiltrationen sowohl im infrapatellaren Verlauf des Ramus infrapatellaris eine deutliche Schmerzreduktion mit sich gebracht hätten. Eine Steroid-Injektion sei aufgrund der damals bestehenden Schwangerschaft zurückgestellt worden. Anhand der von der Patientin berichteten Beschwerdesymptomatik unmittelbar im

Anschluss an den stattgehabten Autounfall mit brennenden Schmerzen im Bereich des Knies sei von einer unfallkausalen Schmerzproblematik auszugehen. Aktuell sei die Patientin aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik im Alltag deutlich eingeschränkt. 4.11 In der Folge nahm Dr. F. ____ am 20. Dezember 2023 erstmals Stellung. Neurologischversicherungsärztlich erscheine die von Prof. E. ____ bestätigte Diagnosestellung einer Affektion des Nervus infrapatellaris gestützt auf die Anamnese und die klinischen Befunde lediglich als möglich. Sie sei jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit strukturell objektivierbar. Weder sei eine orthopädische Ausschlussdiagnostik mittels adäquater Bilddiagnostik im Sinne eines MRI des Knies erfolgt noch sei eine Läsion des Ramus infrapatellaris neurosonographisch bestätigt worden. Das Argument, dass durch die Infiltrationen eine Linderung der Beschwerden dokumentiert worden sei, sei bei Prüfung der Schmerzintensität bei Eintritt und Austritt nicht überzeugend, da lediglich in der letzten Infiltration eine signifikante Besserung der Schmerzintensität habe erreicht werden können. Empfohlen werde eine weiterführende Abklärung mit Ergänzung einer MRI des Knies und einer Nervensonographie. Die diagnostizierte Affektion mit Neuropathie des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus durch eine traumatische Kompression nach Verkehrsunfall vom 26. Mai 2022 sei lediglich möglich, jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hinsichtlich einer strukturell objektivierbaren Unfallfolge aus versicherungsmedizinischer Sicht zu bestätigen. Er empfehle eine weitere Abklärung mittels einer MRI des Knies und einer Nervensonographie des Ramus infrapatellaris. 4.12 PD Dr. G. ____ hielt in ihrer Beurteilung vom 27. Februar 2024 fest, dass sonographisch eine unauffällige Darstellung des Ramus infrapatellaris sowie der beiden Nervenäste superior und inferior Ramus infrapatellaris gegeben sei. Es hätten deutlich und auffallend ausgeprägte Schmerzen bei Berührung der Kniescheibe während der sonographischen Untersuchung bestanden. Nach diagnostischer Infiltration des proximalen Ramus infrapatellaris seien die Schmerzen deutlich regredient gewesen. In Diskrepanz dazu stehe jedoch die bildmorphologisch unauffällige Darstellung des Ramus infrapatellaris. Die übrigen peripatellaren Strukturen im MRI und die Kniebinnenstrukturen seien reizlos und regelrecht. 4.13 In der Folge hielt Dr. F. ____ in seiner Beurteilung vom 17. April 2024 fest, dass abgestützt auf die bildmorphologischen Befunde keine objektivierbaren Unfallfolgen hinsichtlich einer Schädigung des Ramus infrapatellaris als Ast des Nervus saphenus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegen würden. 4.14 Dr. D. ____ gelangte in ihrer Beurteilung vom 16. Mai 2024 zum Schluss, dass eine Nervenproblematik in Lokalisation des Ramus infrapatellaris mit einer Überempfindlichkeit bestehe. Der Zusammenhang zwischen Symptomatik und Ramus infrapatellaris sei ausgewiesen; kein anderer Nerv erkläre die Beschwerden. Ausgewiesen sei auch eine stattgehabte Kontusion mit Prellmarke in Lokalisation des Ramus infrapatellaris rechts. Eine andere Ursache als die Kontusion anlässlich des Autounfalls vom 26. Mai 2022 stehe nicht zur Diskussion. Diese Faktoren würden eine natürliche Kausalität zwischen Unfall und der Nervenproblematik bestätigen. Die Versicherte sei neurologisch beurteilt worden und die Beschwerden seien klar auf eine Neuropathie des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus rechts nach traumatischer Kompression am 26. Mai 2025 zurückgeführt worden. Die Suva habe basierend auf den bildgebenden Resultaten zügig objektivierbare Unfallfolgen verneint. Eine nachweisbare Strukturveränderung des Ramus infrapatellaris sei aber nicht Voraussetzung für eine Nervenproblematik. Die Nervensymptomatik sei vorliegend zeitnah zum Unfall aufgetreten. Die Initialbefunde würden eine Prellmarke unterhalb der Kniescheibe rechts in

derjenigen Lokalisation umfassen, in der der Ramus infrapatellaris verlaufe. Basierend auf diesen Fakten sei eine mindestens überwiegend wahrscheinliche Teilunfallkausalität der Beschwerden ausgewiesen. Es würden keine weiteren Arztberichte darüber vorliegen, ob die Vorschläge von Prof. E. ____ umgesetzt worden seien und falls ja, ob dadurch eine Besserung des Gesundheitszustandes resultiert habe. Ein Endzustand sei bisher nicht ausgewiesen. 4.15 In der Folge nahm Dr. F. ____ am 16. September 2024 Stellung zur Beurteilung von Dr. D. ____ vom 16. Mai 2024. Zunächst führte er aus, dass in der Originalbilddiagnostik vom 28. Mai 2022 kein Weichteilödem nachweisbar gewesen sei. Eine Fraktur sei bei erhaltener Artikulation und fehlendem Kniegelenkserguss ausgeschlossen worden. Bei der deutschsprachigen Übersetzung der Originalbefunde seien lediglich ein oberflächlicher Substanzdefekt der Haut, jedoch keine typischen neuropathischen Beschwerden hinsichtlich Allodynie oder Hyperpathie dokumentiert worden. Ebenso wenig fänden sich im Austrittsbericht des Spitals D. ____ vom 29. Mai 2022 Hinweise auf eine neuropathische Schmerzstörung. Im Vordergrund hätten klar stärkste Schmerzen im Bereich des Schlüsselbeins gestanden. Es habe sich lediglich die Angabe zu einer Prellmarke im Bereich des rechten Knies gefunden, welche bei intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität explizit als klein bezeichnet worden sei. Ebenso wenig seien neuropathische Beschwerden infrapatellar dokumentiert worden. Gegen eine überzeugende Genese der geklagten Beschwerden im Rahmen einer neuropathischen Schmerzsymptomatik aufgrund des Ramus infrapatellaris spreche das inkonsistente Ansprechen der Beschwerden auf die Infiltrationen. Der Unterzeichner stimme nicht mit der Auffassung von Dr. D. ____ überein, dass bei zugrunde gelegter Nervenproblematik die nachweisbaren Strukturveränderungen des Ramus infrapatellaris als Voraussetzung nicht notwendig seien. Fachfremd äussere sich Dr. D. ____ zu einer vagen formulierten Nervenproblematik. Von neurologischversicherungsärztlicher Seite werde hinsichtlich der notwendigen Beweiskraft für den Nachweis einer Nervenläsion eine bilddiagnostisch nachgewiesene Strukturveränderung gefordert. Es habe zwar echtzeitlich eine kleine Prellmarke bestanden, aber kein radiologisch nachweisbares Weichteilödem. Das Unfallgeschehen mit einer kleinen Kontusion sei ungeeignet für das Hervorrufen einer Nervenläsion. Voraussetzung wären eine strukturell nachweisbare Schädigung durch eine Intervention bzw. der Nachweis einer strukturellen Schädigung im Kniebereich. Gegen eine neuropathische Genese spreche das fehlende überzeugende Ansprechen auf die Infiltrationen. Neurosonographisch sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine strukturelle Verletzungsfolge ausgeschlossen worden. Ein Neurom bzw. Vernarbungen hätten nicht vorgelegen. 4.16 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin mit der Beschwerde die chirurgischneurologische versicherungsmedizinische Stellungnahme von Dr. D. ____ und Dr. H. ____ vom 14. Oktober 2024 ein. Sie hielten fest, dass echtzeitlich unterhalb der rechten Patella eine Kontusionsverletzung ausgewiesen sei, die im anatomischen Verlauf des sensiblen Nervenasts des Nervus saphenus gelegen sei. Die elektrophysiologische Untersuchung des Ramus infrapatellaris sei technisch schwierig und unzuverlässig. Andererseits müsse eine Funktionsstörung des Ramus infrapatellaris makroskopisch (durch Ultraschall) nicht nachweisbar sein. Die juristische Forderung, wonach die Diagnose einer Neuropathie bzw. von neuropathischen Schmerzen den Nachweis durch wissenschaftlich anerkannte, apparative oder bildgebende Abklärungen voraussetze, sei im vorliegenden Fall nicht zu erfüllen. Zur Beurteilung neuropathischer Schmerzen würden gemäss Fachliteratur verschiedene Stufen der Plausibilität gelten. Der Schmerz müsse in einem neuroanatomisch

plausiblen Ausbreitungsgebiet vorhanden sein. Gleichzeitig müsse die Anamnese einen Hinweis auf eine relevante Läsion oder -erkrankung des peripheren Nervensystems ergeben. Beide Kriterien seien im vorliegenden Fall erfüllt. Auch die körperliche Untersuchung durch PD Dr. G.____ habe eine Schmerzüberempfindlichkeit im entsprechenden Nervenversorgungsgebiet gezeigt. Lediglich die apparative Bestätigung der Nervenläsion durch eine elektrophysiologische Untersuchung sei im vorliegenden Fall technisch nicht möglich gewesen. Neuropathische Schmerzen nach Nervenläsionen würden sich typischerweise erst im Verlauf von Wochen entwickeln, sodass das Argument von Dr. F.____, wonach die Abwesenheit neuropathischer Beschwerden im unmittelbaren Anschluss an das Unfallereignis gegen eine unfallbedingte Nervenschädigung spreche, fehl gehe. Die vom J.____ durchgeführte Untersuchung der Sensibilität sei nur grob cursorisch unauffällig. Man könne somit davon ausgehen, dass eine Sensibilitätsstörung im Versorgungsbereich des Ramus infrapatellaris weder erfragt noch gesucht worden sei. Schliesslich überzeuge das Argument von Dr. F.____ nicht, wonach das inkonstante Ansprechen auf die Infiltrationsbehandlungen eine Schädigung des Ramus infrapatellaris unwahrscheinlich mache. Es sei ein Grundsatz der Versicherungsmedizin, dass Therapieeffekte keine natürliche Kausalität begründen könnten. Dies gelte sowohl im positiven wie im negativen Fall. Dr. D.____ und Dr. H.____ gelangten in der Folge zum Schluss, dass die Einwände von Dr. F.____ die Schlussfolgerungen der Beurteilung vom 16. Mai 2024 nicht entkräften könnten. Das Argument, wonach die beim Ereignis vom 26. Mai 2022 erlittenen Verletzungen spätestens nach vier Wochen folgenlos abgeheilt gewesen seien, könne sich nur auf die Kontusionen, nicht jedoch auf die neuropathischen Knieschmerzen beziehen. 4.17 Im Rahmen der Beschwerdeantwort holte die Beschwerdegegnerin eine neue Beurteilung ihres versicherungsmedizinischen Dienstes ein. Dr. I.____, Dr. F.____ und Dr. C.____ führten in der Stellungnahme vom 11. November 2024 unter Hinweis auf das Diagnoseschema von Finnerup aus, dass vorliegend das erste Kriterium betreffend plausible Verteilung des Versorgungsgebiets strittig und nicht überwiegend wahrscheinlich sei, sowohl im Rahmen der Echtzeitdokumentation als auch im weiteren Verlauf. Das zweite Kriterium mit Nachweis einer Positivsymptomatik mit Allodynie und Hyperalgesie sei ebenfalls strittig sowohl im Rahmen der Echtzeitdokumentation als auch in der weiteren Untersuchung durch Prof. E.____, bei der nur von stromartigen Missempfindungen die Rede gewesen sei, inkonsistenter Weise bereits unmittelbar nach dem Unfall. Schliesslich sei auch das dritte Kriterium hinsichtlich des apparativen Nachweises bei hochauflösender Sonographie/MRI mit Nachweis unauffälliger Seitenäste des Ramus infrapatellaris nicht erfüllt. Hinsichtlich der Behauptung von Dr. D.____ und Dr. H.____, dass sich neuropathische Schmerzen üblicherweise erst im späteren Verlauf manifestieren würden, handle es sich um eine Behauptung ohne Hinweise auf Literatur, die auch in den notwendigen Kriterien nach Finnerup nicht als beweisend gelte. Vielmehr sei zu erwarten, dass zu einem unfallnahen Zeitpunkt bei aufgetretener Nervenschädigung entsprechende Symptomatik nach Kontusion patellar vorliege, mit zumindest Hypästhesien, Parästhesien bzw. Dysästhesien. Aus versicherungsärztlicher Sicht sei gemäss Diagnoseschema nach Finnerup für die Feststellung eines neuropathischen Schmerzes sehr wohl eine apparative Untersuchung notwendig, um diesen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bestätigen, insbesondere unter Berücksichtigung der inkonsistenten Angaben der Versicherten zur Entstehung der neuropathischen Schmerzsymptomatik. Alleine die Angabe von Schmerzen sei wenig glaubhaft, insbesondere im Zusammenhang mit einer fehlenden klaren

Funktionseinschränkung aufgrund der vorliegenden Sensibilitätsstörung, da die Versicherte ihre Arbeit mit einem Pensum von 50 % wieder aufgenommen habe und von Prof. E. _____ lediglich eine leicht reduzierte Flexion bei ansonsten fehlender Schwäche der Extremität dokumentiert worden sei. Abschliessend sei auch von orthopädischchirurgischer Seite nochmals festzuhalten, dass lediglich eine geringfügige Prellmarke unterhalb der Patella ohne konkrete Lokalisation der Höhe dokumentiert sei. Diesbezüglich sei bemerkenswert, dass anlässlich der erstmaligen Diagnosestellung des V.a. auf Entrapment des Nervus infrapatellaris über drei Monate nach dem Ereignis eine ausgeprägte Hypersensibilität entlang der medialen Patellakante beschrieben und festgehalten worden sei, dass die Patientin praktisch nicht untersuchbar sei bei intakter Sensibilität im distalen Versorgungsgebiet des Nervus infrapatellaris, was direkt nach dem Unfall nicht der Fall gewesen sei. Bereits dieser Befund schliesse anatomisch eine Verletzung und somit eine Neuropathie des Nervus infrapatellaris aus. Diese Angaben würden gegebenenfalls für eine Neuropraxie, also eine passagere Funktionsstörung ohne Verletzung der Hüllstrukturen oder der Kontinuität der Nerven sprechen und würde zu einer Prellung passen. Aufgrund der Angabe wäre eine Neuropraxie anlässlich der Untersuchung mit intakter Sensibilität bereits wieder abgeklungen gewesen. Wäre es zu einer tatsächlichen Verletzung des Nervus infrapatellaris mit angegebener Hyperästhesie und dadurch bedingter praktisch nicht möglicher Untersuchbarkeit gekommen, so wäre eine intakte/unauffällige Sensibilität im distalen Versorgungsgebiet nicht möglich gewesen, da in diesem Fall bereits der Hauptast geschädigt worden wäre. Unabdingbare Folge wäre eine Sensibilitätsstörung auch distal gewesen, also im Versorgungsgebiet infrapatellar, da diese Äste distal des medial verlaufenden Hauptastes nach lateral verlaufen würden. Eine Nervenschädigung bzw. Vernarbungen, die Voraussetzung für die Annahme einer Neuropathie seien, seien mittels hochauflösenden Ultraschalls definitiv ausgeschlossen worden. Auch die Dokumentation des Hausarztes, dass die Versicherte Leggings, aber keine Jeans tragen könne, widerspreche einer Neuropathie. In sämtlichen Untersuchungen habe kein morphologisches Korrelat für die von der Versicherten geklagten Beschwerden gefunden werden können. Die Annahme einer Neuropathie durch Dr. D. _____ und Dr. H. _____ basiere ausschliesslich auf den subjektiven Schmerzangaben ohne jeden nachvollziehbaren medizinischen Beleg und widerspreche somit den in der einschlägigen Fachliteratur geltenden Voraussetzungen. 4.18 In der Folge nahmen Dr. D. _____ und Dr. H. _____ im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels am 2. Dezember 2024 nochmals Stellung. Sie hielten fest, dass die Entstehung des neuropathischen Schmerzes auf peripheren und zentralen Sensibilisierungsvorgängen beruhe. Diese würden zwar unmittelbar nach der Schädigung einsetzen, würden sich aber je nach Läsion erst Tage bis Wochen, manchmal sogar Monate bis Jahre später auswirken. Posttherpetische Schmerzen z.B. würden frühestens vier Wochen nach dem Abklingen der Hauteffloreszenzen auftreten. Die Ausbildung eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms CRPS benötige ebenfalls mehrere Wochen. Besonders lange Latenzen seien nach zentralen Sensibilisierungsvorgängen infolge von Hirninfarkten oder traumatischen Rückenmarksverletzungen zu beobachten. Es handle sich hierbei um neurologisches Grundlagenwissen. Dass eine Positivsymptomatik mit Allodynie und Hyperalgesie im Rahmen der Echtzeitdokumentation strittig und inkonsistent sei, sei daher irrelevant. Dr. D. _____ und Dr. H. _____ führten weiter aus, dass sie an ihrer Beurteilung der Finnerup-Kriterien festhalten würden. Die ursprüngliche Verletzung sei an der Medialseite des rechten Kniegelenks am Unterrand der Patella gelegen, wo der Ramus infrapatellaris verlaufe, der ein sensibler Endast des Nervus saphenus sei. Zwei Tage nach dem Ereignis

seien im J. ____ eine Prellmarke mit Schürfung sowie eine Schwellung dokumentiert worden. Eine anatomisch plausible Schädigung liege somit vor. Eine allfällige Schädigung des Ramus infrapatellaris könne keine motorischen Ausfälle verursachen. Dass die Versicherungsmediziner das Fehlen motorischer Defizite als Nachweis mangelnder Glaubwürdigkeit der Versicherten darstellen würden, sei nicht sachgerecht. Eine Allodynie im proximalen Versorgungsgebiet habe sich in kurzer Frist nach dem Unfallereignis eingestellt und sei von Dr. K. ____ am 11. August 2022 an gleicher Stelle dokumentiert worden, wo Prof. E. ____ später ein positives Tinel-Zeichen beschrieben habe. Dass distal eine normale Sensibilität gefunden worden sei, sei angesichts der redundanten und sehr variablen Hautinnervation nicht weiter erstaunlich. Ungeachtet einer sonographisch nicht dargestellten Vernarbung oder Kaliberänderung der infrapatellaren Äste des Nervus saphenus am rechten Kniegelenk sei damit das Vorliegen eines unfallbedingten neuropathischen Schmerzes überwiegend wahrscheinlich. 4.19 Am 20. Dezember 2024 hielten Dr. F. ____, Dr. I. ____ und Dr. C. ____ fest, dass Dr. D. ____ und Dr. H. ____ die Diagnosekriterien nach Finnerup nur unvollständig wiedergeben würden. Für eine gesicherte Diagnosestellung seien apparative diagnostische Untersuchungen zum Nachweis einer Schädigung des somatosensorischen Nervensystems vorzulegen. Der herangezogene Vergleich zu einer Zosterneuralgie oder einem CRPS hinsichtlich einer mit Latenz auftretenden neuropathischen Schmerzsymptomatik überzeuge nicht. Ebenso wenig helfe weiter, dass die als neurologisches Grundlagenwissen bezeichnete lange Latenz von zentralen Sensibilisierungsvorgängen bei Hirninfarkt und traumatischer Rückenverletzung ein nicht im richtigen Kontext wiedergegebenes Zitat der Leitlinie Diagnose sei. Eine periphere Nervenschädigung einer distalen Nervenendigung sei schlichtweg nicht vergleichbar mit einer Schädigung des zentralen Nervensystems oder von substanziellen Hirnstrukturen. Ebenso fordere die oben angeführte Leitlinie eine confirmatorische Bestätigung mittels klinischneurologischer Untersuchung und apparativer Diagnostik der Schädigung des somatosensorischen Systems. Es werde weiterhin daran festgehalten, dass eine deutliche Latenz von drei Monaten vorliege und nicht, wie in der Beurteilung von Dr. D. ____ und Dr. H. ____ angegeben, von einer kurzen Zeit auszugehen sei. Ebenso wenig überzeuge die Dokumentation vom 11. August 2022 hinsichtlich der festgestellten Allodynie bzw. bei positivem Tinel-Zeichen (Prof. E. ____). Leitliniengerecht zu fordern sei eine Dokumentation der neuropathischen Beschwerden mittels validierter Fragebögen als Screening-Instrumente oder Schmerztagebücher. Da es keine Dokumentation der Schmerztherapie gebe und insbesondere eine medikamentöse Therapie fehle, würden versicherungsmedizinisch deutliche Zweifel hinsichtlich des Bestehens der Schmerzsymptomatik erwachsen. 5.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid dar, dass die Beurteilungen von Dr. F. ____ und Dr. C. ____ die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte erfüllen würden. Gestützt darauf sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfallereignisses vom 26. Mai 2022 mehr vorliegen würden. Spätestens nach zwei bis vier Wochen hätten keine Unfallfolgen mehr vorgelegen. Die Versicherungsmediziner würden unter Hinweis auf die klinisch und bildgebend erhobenen Befunde in überzeugender Weise darlegen, weshalb es beim Unfallereignis zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen gekommen sei. Daran könnten die Vorbringen in der Einsprache nicht ändern. Insbesondere die Aussage, wonach eine nachweisbare Strukturveränderung des Ramus infrapatellaris nicht Voraussetzung für eine unfallkausale Nervenproblematik sei, sei nicht zu hören. Gemäss geltender

bundesgerichtlicher Rechtsprechung setze die Diagnose einer Neuropathie beziehungsweise von neuropathischen Schmerzen den Nachweis durch wissenschaftlich anerkannte, apparative oder bildgebende Abklärungen voraus. Die Argumentation, ein Gesundheitsschaden müsse auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, weil im bisherigen unfallversicherungsrechtlichen Verfahren keine andere Erklärung dafür gefunden worden sei, laufe auf die im gegebenen Kontext unzulässige Beweismaxime post hoc ergo propter hoc hinaus. Insofern könne insbesondere die Beurteilung von Dr. D.____ keine auch nur geringen Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu wecken. Weitere Abklärungsmassnahmen würden sich erübrigen. Schliesslich sei festzuhalten, dass die Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht mit der Beschwerdefreiheit oder mit Erreichen der vollen sportlichen Leistungsfähigkeit ende, sondern in dem Zeitpunkt, in welchem der Unfall für die Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich verantwortlich sei. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die beim Ereignis vom 26. Mai 2022 erlittenen Verletzungen spätestens nach vier Wochen erfolglos abgeheilt gewesen seien. Die über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden am rechten Knie seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen. Da bis zum Erlass der Verfügung vom 23. April 2024 weitere medizinische Abklärungen getätigt worden seien, würden die Versicherungsleistungen neu auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt. 5.2 Die Beschwerdeführerin hingegen stellt sich auf den Standpunkt, dass Dr. D.____ und Dr. H.____ die versicherungsmedizinischen Berichte nachvollziehbar und schlüssig ernsthaft in Zweifel gezogen hätten. Gewisse Aussagen der Versicherungsmediziner seien widersprüchlich, und die entscheidende Frage der Voraussetzung einer nachweisbaren Strukturveränderung sei bloss oberflächlich abgehandelt worden. Gestützt darauf könne die Beschwerdegegnerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Nachweis erbringen, dass jede kausale Bedeutung des Unfalles weggefallen sei. Ungeklärt geblieben sei ausserdem, ob ein medizinischer Endzustand gegeben sei. 6.1 Es ist somit zu prüfen, ob die ärztlichen Einschätzungen von Dr. D.____ und Dr. H.____ zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen von Dr. C.____, Dr. F.____ und Dr. I.____ zu wecken vermögen. 6.2 Hält man sich die zahlreichen und jeweils detailliert begründeten und sehr ausführlichen versicherungsmedizinischen Beurteilungen der beiden Parteien vor Augen, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sich ein medizinischer Streit entwickelte, der sich mit zunehmender Dauer des Verwaltungs- und des Beschwerdeverfahrens hochschaukelte. Auch vor gewissen Diskreditierungen wurde nicht Halt gemacht. Vor diesem Hintergrund gilt es nun aber festzuhalten, dass es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts sein kann, quasi als "medizinisches Schlichtungsgremium" die von den Parteien diskutierten und unterschiedlich beurteilten medizinischen Streitfragen zu klären und zu entscheiden. Nachdem der Beschwerdegegnerin bereits vor Erlass der ersten Verfügung eine ausführliche, von der Auffassung von Dr. C.____ abweichende fachärztliche Einschätzung von Dr. D.____ vorgelegen hatte, wäre es allerspätestens nach der Stellungnahme von Dr. D.____ vom 16. Mai 2024 angezeigt gewesen, einen Halt einzulegen und keine weiteren internen Berichte mehr zu produzieren, sondern ein unabhängiges medizinisches Gutachten einzuholen. Dieses Vorgehen hätte sich insbesondere angeboten, da es sich bei Dr. D.____ nicht um eine behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin handelt, sondern um eine ausgewiesene Versicherungsmedizinerin, die mehrere Jahre in der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin tätig war, weshalb als vorausgesetzt gelten kann, dass sie die höchstrichterliche Praxis im

Zusammenhang mit den Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs kennt. 6.3 Die involvierten Ärztinnen und Ärzte würdigten bereits von Anfang an die Frage unterschiedlich, ob eine unfallkausale Läsion des Nervus infrapatellaris vorliegt und was die Anforderungen an den Nachweis der Läsion sind. Weiter entwickelte sich eine Auseinandersetzung um die Frage der Neuropathie. Die relevanten medizinischen Fragen wurden damit bereits früh kontrovers diskutiert und es wurde sich auch jeweils anderslautende Fachliteratur entgegengehalten. Es ist daher fraglich, ob die involvierten Fachpersonen unter dieser Voraussetzung überhaupt noch die Bereitschaft aufbringen konnten, von ihrem einmal eingenommenen Standpunkt abzuweichen. 6.4 Diese Umstände führen dazu, dass die ärztlichen Einschätzungen von Dr. D.____ und Dr. H.____ zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen von Dr. C.____, Dr. F.____ und Dr. I.____ zu wecken vermögen. Nachdem es die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren – trotz der geschilderten Problematik – unterliess, im Rahmen ihrer Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und E. 3 hiervor) ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten einzuholen, kann es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts sein, das Versäumte nachzuholen und nunmehr den massgebenden medizinischen Sachverhalt im Rahmen eines Gerichtsgutachtens abklären zu lassen.

E. 7

Aus dem Gesagten folgt, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit derzeit noch nicht möglich ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. September 2024 ist deshalb aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat die Unfallkausalität in Bezug auf die bei der Beschwerdeführerin über den 23. April 2024 hinaus bestehenden Beschwerden und – falls ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht wird – die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird sie über ihre Leistungspflicht neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 8.1 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 Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte in seiner Honorarnote vom 11. Februar 2025 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 11,8 Stunden geltend. Dieser Aufwand erweist sich umfangmässig und in Anbetracht der vorgebrachten Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen und ist zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen pauschalen Spesen von Fr. 88.50. Damit erscheint es angemessen, der Beschwerdeführerin zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung basierend auf einem Aufwand von 11,8 Stunden und Auslagen von Fr. 88.50 und damit von insgesamt Fr. 3'284.60 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

E. 9

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig

gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t :
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 17. September 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlasse einer neuen Verfügung an die Suva zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'284.60 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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