

BL_GERICHTE 725 19 36/131 vom 11. Juni 2020

BL Gerichte, 2020-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_36_131

FR: BL_GERICHTE 725 19 36/131 du 11 juin 2020

IT: BL_GERICHTE 725 19 36/131 del 11 giugno 2020

Regeste

Leistungen

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 I.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 31. Januar 2019 ist einzutreten.

E. 2

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. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs.1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. 3.1 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177, E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im

Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109, E. 2).

3.2 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr 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 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die bloss e 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 (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 216 E. 6).

3.3.1 In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass nach der Rechtsprechung zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände gehören, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadeneintritts *conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, Urteile des Bundesgerichts vom 5. April 2017, 8C_847/2016, E. 5.3.2, vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1.1 und vom 20. Oktober 2011, 8C_380/2011, E. 4.2.1; Andreas Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei

konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479). 3.3.2 Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2011, 8C_380/2011, E. 4.2.2). 4.1 Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte ist das Gericht auf ärztliches Fachwissen angewiesen (BGE 132 V 93 E. 4). Es hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Den im Rahmen des Gerichtsverfahrens eingeholten Gutachten ist somit volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2018, 8C_569/2017, E. 2.2).

E. 5

Unbestritten ist, dass das linke Knie des Beschwerdeführers vor dem Unfallereignis vom 13. Mai 2016 einen erheblichen degenerativen Vorzustand aufwies. Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 22. Juli 2016 hinaus Anspruch auf Leistungen der

Suva hat, unter anderem auch auf Ersatz der im Zusammenhang mit der Operation am 12. August 2016 angefallenen Kosten. Die Suva macht geltend, dass der status quo ante spätestens per 23. Juni 2016 erreicht gewesen sei. Sie stütze sich dabei auf die kreisärztlichen Berichte von Dr. E. ____ vom 8. August 2016, vom 26. Oktober 2016 und vom 2. Juni 2017 sowie von Dr. F. ____ vom 1. März 2018 und 13. Dezember 2018. Die Kreisärzte kamen zum Schluss, dass der Unfall zwar zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes geführt habe, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jedoch davon auszugehen sei, dass die Unfallfolgen acht bis zehn Wochen nach dem Ereignis abgeklungen seien. Die noch geklagten Beschwerden nach dem 22. Juli 2016 seien somit nicht kausal auf den Unfall vom 13. Mai 2016 zurückzuführen. Der Beschwerdeführer ist dagegen der Auffassung, dass das Unfallereignis gemäss Arztberichten von Dr. D. ____ vom 21. Juni 2016, 12. August 2016, 28. September 2016, 18. April 2017 und 11. Juli 2018 den degenerativen Vorzustand richtunggebend verschlechtert habe. Der basisnahe Längsriss sei durch das Trauma entstanden und habe zu einer Instabilität des Meniskus geführt. Demzufolge sei das Unfallereignis als Teilursache des Meniskusschadens anzusehen.

6.1 Zur Klärung dieser medizinischen Streitfrage gab das Gericht ein Gutachten bei Dr. G. ____ in Auftrag. Dr. G. ____ diagnostizierte in seiner Expertise vom 24. Februar 2020 einen Status nach Kniedistorsion links am 13. Mai 2016, einen Status nach Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie und Synovialzottenentfernung am 12. August 2016 sowie einen Status nach Spondylodese lumbal im Januar 2016. Die mediale Meniskusläsion, welche in der MRT vom 25. Mai 2016 sichtbar und von Dr. D. ____ im Operationsbericht vom 12. August 2016 als komplexe, primär horizontal verlaufende Rissbildung mit aufgefasertem Meniskus und instabilem Längsriss an der Meniskusbasis beschrieben worden sei, sei überwiegend wahrscheinlich vorbestehend degenerativ, hervorgerufen durch das jahrzehntelange Verwalken des Meniskushinterhorns zwischen Ober- und Unterschenkel. Der Horizontalriss und die komplexe Rissbildung mit Auffaserung seien typisch für eine degenerative Rissbildung. Ein frischer, traumatischer Meniskusriss zeige meistens eine glatte, radiäre Rissbildung bzw. einen grossen Lappenriss ohne Auffaserung, was hier gerade nicht der Fall sei. Für eine degenerative Ursache spreche auch die Morphologie der Meniskusläsion bei fehlenden Begleitverletzungen (wie Knorpelflakes, Läsionen der Seitenbänder, Läsionen im Bereich des Femoropatellargelenkes). Ferner weise das beschriebene Meniskusganglion von 3 x 2 mm Grösse auf ein seit längerer Zeit bestehendes degeneratives Geschehen hin. Die Auffassung von Dr. D. ____, dass das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes geführt habe, sei aufgrund des MRT-Befundes und der Beschreibung der Meniskusläsion abzulehnen. So nenne Dr. D. ____ keine Strukturveränderung, die auf eine frische Verletzung hinweisen würde. Somit habe das Unfallereignis aus versicherungsmedizinischer Sicht lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des bis anhin stummen Vorzustandes geführt. Die Auffassung der Suva in ihrer Verfügung vom 28. März 2017, dass der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, spätestens am 22. Juli 2016 wieder erreicht worden sei, sei demnach zutreffend. Ebenso könne der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Dr. F. ____ vom 13. Dezember 2018 gefolgt werden. Die Ansicht der Hausärztin, Dr. C. ____, dass die Verletzung ganz auf den Unfall zurückzuführen sei, überzeuge dagegen nicht, stütze sich diese einzig darauf, dass der Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei und das Knie nie Thema einer Konsultation gewesen sei («post hoc ergo propter hoc»). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Versicherte im Zeitpunkt

des Unfalles unter einem erheblichen, bis dahin klinisch stummen, degenerativen Vorzustand gelitten habe. Das Ereignis vom 13. Mai 2016 sei lediglich als Gelegenheitsursache für die Auslösung der Beschwerden zu verstehen. Jedes andere beliebige Ereignis mit verstärkter Belastung des Kniegelenkes hätte ebenfalls zum Auftreten von gleichartigen Beschwerden und schliesslich zur Operation führen können. 6.2 Das Gerichtsgutachten von Dr. G._____ vom 24. Februar 2020 überzeugt. Es entspricht den formalen Anforderungen an ein Gutachten und ist inhaltlich umfassend und schlüssig. Es basiert auf einer ausführlichen Untersuchung und berücksichtigt die ganze Krankengeschichte sowie das Unfallgeschehen. Der Gutachter setzt sich differenziert mit den abweichenden Diagnosen und Beurteilungen auseinander und seine Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten sind somit erfüllt. Da im Übrigen die Parteien keine Einwände gegen das Gutachten vorgebracht haben, kann ohne weiteres darauf abgestellt werden. Folglich ist die Suva zu Recht davon ausgegangen, dass der in der MRT vom 25. Mai 2016 festgestellte Meniskusriss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 13. Mai 2016 zurückzuführen ist. Eine Leistungspflicht der Suva für die Behandlungskosten der Meniskusläsion besteht nicht, womit sich die Leistungseinstellung per 23. Juli 2016 als rechtens erweist. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen. 7.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG ist der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. 7.2 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 (vgl. BGE 137 V 210 ff. und 137 V 265 f. E. 4.4.2). Da Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der verwaltungsinternen Kreisarztberichte bestanden, beschloss das Gericht an der Urteilsberatung vom 6. Juni 2019, den Entscheid auszustellen und ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Das in der Folge eingeholte orthopädische Gerichtsgutachten vom 24. Februar 2020 war mit anderen Worten für eine abschliessende Beurteilung des Anspruchs des Versicherten unerlässlich. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind demnach die Kosten dieses Gutachtens von Fr. 5'594.70 der Suva aufzuerlegen. 7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des Anspruchs auf eine Parteientschädigung als Obsiegen, wenn die Rechtstellung der Partei durch den Entscheid im Vergleich zu derjenigen im Administrativverfahren verbessert wird. Massgebend sind dabei die im Beschwerdeverfahren gestellten Anträge. Wird eine Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen, stellt dies für die versicherte Person ein vollständiges Obsiegen dar. Weist aber das kantonale Gericht die Sache nicht an die Verwaltung zurück, sondern nimmt - etwa in Nachachtung von BGE 137 V 210 ff. - die erforderlichen Abklärungen selber vor und entscheidet hernach in dem Sinne, dass sich die Rechtstellung der versicherten Person im Vergleich zur angefochtenen Verfügung nicht verbessert, so ist von einem vollständigen Unterliegen der versicherten Person auszugehen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2018, 8C_304/2018, E. 4.3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Zu beachten bleibt in diesem Zusammenhang immerhin, dass der Suva - in Anwendung des Verursacherprinzips - auch im Falle einer Beschwerdeabweisung Parteikosten auferlegt werden können, wenn sie ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1

ATSG schuldhaft verletzt hat. Diese Durchbrechung des Unterliegerprinzips (Art. 61 lit. g ATSG) rechtfertigt sich indessen nur, wenn die Verwaltung lediglich sehr rudimentäre Abklärungen vorgenommen hat (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2018, 8C_304/2018, E. 4.3.3 mit Hinweis). Nachdem sich vorliegend die Rechtsstellung des Beschwerdeführers mit dem Ausgang des Verfahrens gegenüber jener nach Abschluss des Administrativverfahrens nicht verbessert hat und die Suva im Verwaltungsverfahren nicht bloss rudimentäre Abklärungen vorgenommen hat, ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Gegenpartei zuzusprechen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Kosten für die gerichtliche Begutachtung in der Höhe von Fr. 5'594.70 werden der Suva auferlegt. 4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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