

BL_GERICHTE 725 2022 199 / 108 vom 4. Mai 2023

BL Gerichte, 2023-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2022_199___108

FR: BL_GERICHTE 725 2022 199 / 108 du 4 mai 2023

IT: BL_GERICHTE 725 2022 199 / 108 del 4 maggio 2023

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 im Kanton Basel-Landschaft, 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 und einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht erhobene Beschwerde vom 19. Juli 2022 ist somit einzutreten.

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auch nach dem 25. Juli 2021 noch eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem am 26. April 2021 erlittenen Unfall trifft. Umstritten ist in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die von der Beschwerdeführerin erlittene Verletzung mit dem erlittenen Unfallereignis in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang steht.

E. 2.1

Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich nach dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden nach diesem neuen Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend jeweils auf das neue Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug zu nehmen ist.

E. 2.2

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.

E. 2.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt namentlich voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt daher, 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 entfiere. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt mithin eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 2.4

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 leistungsbegründende 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 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse 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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 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 vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. 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).

E. 2.5

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante (Gesundheitszustand, wie er vor dem Unfall vorlag, bzw. wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf früher oder später auch ohne Unfall eingestellt hätte) entfällt jegliche (Teil-)Ursächlichkeit für noch bestehende Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange allerdings der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies gilt dem Gesagten zufolge (oben, Erwägung 2.4) selbst dann, wenn die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil eine Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet, dass die versicherte Person unter Umständen Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und dabei nicht gesagt werden kann, die Operation sei im selben Zeitpunkt auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt mit anderen Worten voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind in einem solchen Fall für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt jedoch vor, und Art. 36 UVG ist dann nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder gerade nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip mit anderen Worten teilweise durchbrochen. Der Unfallversicherer hat diesfalls für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb auch keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c). 3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen

Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). 3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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). 3.3 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 kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). 3.4 Rechtsprechungsgemäss kann auch reinen Aktengutachten ein voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95; nicht publizierte Erwägung 5b des Urteils BGE 114 V 109, veröffentlicht in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366; vgl. auch Urteile U 181/06 vom 21. Juni 2007, E. 2.3, und U 223/06 vom 8. Februar 2007, E. 5.1.2). 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 der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung unterschiedlich bewertet werden (Hans Kind , So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen/Band 42, St. Gallen 1997, S. 52). 4.1 Gemäss dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Art. 6 Abs. 2 UVG (oben, Erwägung 2.1) erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden

Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Bei den aufgelisteten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Diese neue Regelung stellt auf Gesetzesstufe eine Vermutung auf, wonach der Unfallversicherer den Schadenfall bei erfüllter Listendiagnose übernehmen muss, sofern er keinen Befreiungsbeweis vorlegen kann (Markus Hüsler , Erste UVG-Revision: Wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017, S. 26, 33). Dieser Gegenbeweis gelingt ihm mittels Nachweis, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva], BBl 2014 7922). Zur Definition des Begriffs "vorwiegend" ist auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (Kilian Ritler , Die unfallähnliche Körperschädigung [UKS], in: Kieser/Landolt, Unfall? Novembertagung 2015 zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 115 ff.). Nach dieser Bestimmung ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50 % ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweisen). Diesen Nachweis muss der Unfallversicherer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbringen (Hüsler , a.a.O., S 34). 4.2 Liegt indessen ein Unfall vor und wird nach diesem Unfall (auch) eine Listenverletzung diagnostiziert, so genügt es gemäss der bundesgerichtlichen Praxis, wenn die Versicherung den Nachweis erbringt, dass die Listenverletzung in keinem teilursächlichen Verhältnis mehr zum Unfall steht. Damit wird gleichzeitig der Nachweis erbracht, dass die Listenverletzung vorwiegend durch Abnützung oder Krankheit entstanden ist (BGE 146 V 51 E. 9). Die Beschwerdeführerin kritisiert diese bundesgerichtliche Praxis als falsch und erkennt in ihr eine Missachtung des gesetzgeberischen Willens. Sie postuliert, dass bei Vorliegen einer Listenverletzung in jedem Falle ein separater Gegenbeweis einer degenerativen Genese durch Abnützung oder Erkrankung erforderlich sei. Diese von ihr aufgeworfene Frage stellt sich im vorliegenden Fall allerdings nur, falls in tatsächlicher Hinsicht überhaupt ein Meniskusriss vorliegt. 5.1. Im MRT-Befund vom 29. Juni 2021 führt der Radiologe Dr. med. D. aus, dass weder ein Meniskusriss noch eine ligamentäre Verletzung vorliege. Es seien ein voluminös kleiner Gelenkserguss und eine kleine Baker-Zyste sichtbar, ferner eine leichte bis moderate Chondropathie patellofemorale sowie fokale und femorotibiale. Als Zufallsbefund liege schliesslich eine Knochenmarksläsion in der proximalen Tibiametaphyse dorsal vor, welche mit einem Enchondrom gut vereinbar sei (Akten der Visana, Dok 5). 5.2. Aus dem Bericht vom 16. Juli 2021 von Dr. C. geht hervor, dass er erstmals am 23. Juni 2021 von der Versicherten aufgesucht worden sei, nachdem diese gut zwei Monate zuvor einen Treppensturz mit Distorsion des linken Kniegelenks erlitten habe. Dabei sei es zu einer Rotations- und Hyperflexionsbewegung gekommen. Seither bestünden belastungsabhängige Einschränkungen, Schwellungszustände und je nach Beanspruchung stechende Schmerzen insbesondere auf der Innenseite des linken Kniegelenks. Klinisch ergebe sich unter anderem eine endgradig schmerzhafte Flexion bei 130°. Medial bestünden positive Meniskuszeichen. Der Bandapparat sei stabil. Es liege eine palpable Baker-Zyste

vor. Radiologisch seien lediglich ein Gelenkserguss und eine Baker-Zyste nachgewiesen worden. Anlässlich der Befundbesprechung am 29. Juni 2021 sei die Patientin durch ihre Beschwerden vor allem im Alltag zunehmend beeinträchtigt gewesen, so dass sie keine andere Option als die Durchführung einer Kniegelenksarthroskopie sehe. Auch von seiner Seite her könne er diesen Wunsch durchaus verstehen und unterstützen. Der Eingriff sei für den 26. Juli 2021 vorgesehen. Umso mehr bitte er um eine vollständige Kostengutsprache (Akten der Visana, Dok 23).

5.3 Der Vertrauensarzt der Visana, Dr. med. E. , Facharzt für Chirurgie und Intensivmedizin, führt in seiner Beurteilung vom 22. Juli 2021 aus, dass er in Übereinstimmung mit Dr. D. auf dem MRT des linken Knies keine frischen strukturellen Verletzungen erkenne. Zur Darstellung komme eine mittelgrosse Baker-Zyste als Ausdruck einer überwiegend wahrscheinlich seit längerer Zeit bestehenden Reizung im Kniegelenk. Ferner liessen sich strukturelle Veränderungen im Bindegewebe der Menisken als Ausdruck von überwiegend wahrscheinlich degenerativen Veränderungen finden. Konkrete Rissbildungen seien nicht zu erkennen. Bei dieser Ausgangslage könne das Kostengutsprache gesuch für die geplante Kniearthroskopie nicht gutgeheissen werden. Sollte die Operation dennoch durchgeführt werden, so könne der Operateur zur Re-Evaluation des Kostengutsprache gesuchs die intraoperativen Bilder vorlegen (Akten der Visana, Dok 24).

5.4 Nachdem das G. Spital in Namen des einweisenden Arztes Dr. C. am 6. Juli 2021 um eine rektifizierte Kostengutsprache für die Privatabteilung ersucht hatte (Akten der Visana, Dok 28), teilte die Visana mit Einschreiben vom 22. Juli 2021 mit, dass sie ihre Versicherungsleistungen per 25. Juli 2021 einstelle (Akten der Visana, Dok 30). Die Kniearthroskopie wurde am 26. Juli 2021 trotzdem durchgeführt. In seinem Operationsbericht vom 26. Juli 2021 führt Dr. C. unter anderem aus, dass er auf den ersten Blick im Hinterhornbereich des medialen Meniskus eine Rissbildung erkannt habe. Er habe den Riss mittels Tasthaken verifiziert. Der Tasthaken habe sowohl von oben als auch von unten eingehakt werden können und habe so das rupturierte Meniskusgewebe luxieren können. Davon seien fortlaufend Bildaufnahmen erstellt worden (Akten der Visana, Dok 30).

5.5 Am 28. Juli 2021 ersuchte Dr. C. erneut um Kostengutsprache für den von ihm vorgenommenen Eingriff. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass die Versicherte einen Treppensturz mit Distorsion des linken Kniegelenks erlitten habe. Seither bestünden eine Minderbelastbarkeit, Schmerzen, Schwellungszustände und eine eingeschränkte Mobilität. Obgleich der radiologische Befund keine traumatische Pathologie beschreibe, sei die Versicherte seit ihrem Distorsionstrauma derart eingeschränkt, dass in Absprache eine Arthroskopie des linken Kniegelenks erfolgt sei. Wie aus dem Operationsbericht vom 26. Juli 2021 zu erkennen sei, handle es sich sehr wohl um einen bei dem Unfall erlittenen Meniskusriss (Akten der Visana, Dok 34).

5.6 In einer weiteren Stellungnahme vom 12. August 2021 führt Dr. E. aus, er habe den Bilddatensatz zur MRI-Untersuchung erneut eingesehen und halte weiterhin an seiner Beurteilung fest, wonach die Veränderungen an den Menisken überwiegend wahrscheinlich Ausdruck degenerativer Veränderungen seien (Akten der Visana, Dok 42). Gestützt auf diese Einschätzung hat die Visana in der Folge ihre Verfügung vom 24. August 2021 erlassen.

5.7 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat Dr. C. am 8. September 2021 erneut Stellung genommen und ausgeführt, dass Dr. E. in seinem neuerlichen Bericht nicht auf die intraoperativen Bilder eingegangen sei. Auf diesen Aufnahmen sei die Rissbildung des medialen Meniskus mit dem Tasthaken eindeutig dokumentiert. Ebenso sei medizinisch erwiesen, dass sich aufgrund eines intraartikulären Schadens eine Ergussbildung bzw. die Ausbildung einer Baker-Zyste entwickelt habe. Auch diese Merkmale seien bei der

Versicherten bis zum Unfallereignis nicht vorhanden gewesen. Namentlich unter dem Aspekt des zufriedenstellenden postoperativen Verlaufs sei nicht daran zu zweifeln, dass der Unfall für die Schädigung im linken Knie ursächlich gewesen sei (Akten der Visana, Dok 48). 5.8 In der Folge hat die Visana schliesslich einen zweiten Vertrauensarzt beigezogen. Dr. med. F. , FMH orthopädische Chirurgie, führt in seiner Beurteilung vom 14. Juni 2022 aus, dass die Einschätzung von Dr. D. zu bestätigen sei, wonach auf dem MRT am medialen Meniskus kein Einriss sichtbar sei. Auch sonst seien keine Zeichen eines stattgehabten Traumas wie ödematöse Veränderungen der periartikulären Weichteile und des Kapselapparates oder bone bruises zu finden. Bei der Kniegelenksarthroskopie vom 26. Juli 2021 seien intraoperative Screenshots angefertigt worden, welche von Dr. C. diskrepant beurteilt würden. So erscheine die Patella keineswegs bland, sondern hinterlasse den Eindruck deutlicher Knorpelschäden. Auch im medialen Kompartiment wirke der Knorpelbelag vor allem tibial unregelmässig und weise eine tiefe Furche auf, die mit dem entsprechenden MRT-Befund korreliere. Der mediale Meniskus wirke an seinem freien Rand zwar etwas gewellt und fokal ganz leicht ausgefranst, ohne dass sich aber eine eigentliche Rissbildung abgrenzen lasse. Auch sei keine Luxation relevanter Meniskusteile im Zentrum des Kompartiments abgebildet, obwohl offensichtlich sehr heftig mit dem Tasthaken gezerrt worden sei. Dies habe zuletzt auch entsprechende Spuren hinterlassen, die auf den zuvor erstellten Bildern noch nicht sichtbar gewesen seien. Die randständige leichte Wellenbildung und Ausfransung sei dem Umstand geschuldet, dass bei der Arthroskopie das Gelenk mit Flüssigkeit gefüllt werde. Damit könne es zu einem gewissen Flottieren mobiler Strukturen kommen, was im Rahmen der normalen Gelenkfunktion mechanisch jedoch meist vollkommen bedeutungslos sei. Unzutreffend sei die Behauptung von Dr. C. , dass der Versicherten nach ihrem Unfall keine körperliche Belastung mehr möglich gewesen sei, nachdem sie im Juni 2021 eine ausgedehnte Wanderung unternommen habe. Folglich sei davon auszugehen, dass sie ihrem linken Knie eine derartige Belastung zugetraut habe. Diskrepant sei auch die Einschätzung der Knorpelschäden an der Patella und vor allem medial am Tibiaplateau. Während Dr. C. diese Schäden in Abrede stelle, würden die Bilder kaum Zweifel hinterlassen. Die Pathologie sei insofern von Relevanz, als sie verbunden mit leichten Ergussbildungen gerade im femoropatellaren Bereich die Beschwerden beim Treppensteigen und auf langen Wanderungen erklären könne. Entgegen der Behauptung von Dr. C. sei keineswegs auf den ersten Blick eine Rissbildung ersichtlich. Vielmehr sei der mediale Meniskus am Rand lediglich leicht gewellt. Dass man mit einem Tasthaken mit genügend Druck in einen Meniskus einhängen könne, sei absolut physiologisch, ein eigentlicher Riss sei aber nicht sichtbar. Ebenso wenig komme eine nicht physiologische Luxierbarkeit des Meniskus zur Darstellung. Ein leichtes Flottieren am freien Meniskusrand sei bei einem nicht mehr ganz jugendlichen Kniegelenk vollkommen normal. Es entspreche dem allgemeinen medizinischen Kenntnisstand, dass ein intraartikulärer Erguss und sekundär auch die Entwicklung einer Baker-Zyste auf eine intraartikuläre Pathologie zurückzuführen seien. Hingegen gebe es keine Belege, dass derartige Veränderungen im Knie der Versicherten nicht bereits vor dem Ereignis vom 26. April 2021 vorhanden gewesen seien. Namentlich nehme die Entwicklung einer Baker-Zyste meist Monate bis Jahre in Anspruch. Suche man eine intraartikuläre Pathologie als Grund für die chronische Ergussbildung, so werde man in den erwähnten Knorpelschäden an der Patellarückfläche und dem medialen Tibiaplateau fündig. Bereits Dr. D. habe die klar sichtbaren degenerativen Knorpelschäden auf dem MRT als Chondropathie bezeichnet. Im Weiteren gehe Dr. C. fälschlicherweise von einer

erlittenen Knie-Distorsion aus. Aufgrund der Unfallschilderung der Versicherten handle es sich bloss um eine Kontusion des Knies. Hätte die Versicherte tatsächlich eine Distorsion erlitten, so hätten sich auch zwei Monate später zumindest am Bandapparat noch residuelle posttraumatische Veränderungen finden lassen. Trotz fehlenden objektiven Hinweises auf eine Meniskusläsion habe Dr. C. offenbar primär auf Wunsch der Versicherten eine Arthroskopie durchgeführt. Dies widerspreche den massgebenden Leitlinien, die selbst bei klinischen Meniskuszeichen für mindestens drei Monate ein konservatives Prozedere vorsehen würden. Im vorliegenden Fall hätten keine erheblichen mechanischen Symptome vorgelegen, nachdem im Rahmen der klinischen Untersuchung ein normaler Bewegungsumfang und keine Blockaden erhoben worden seien. Es habe somit auch keine Operationsindikation vorgelegen und schon gar keine Indikation für eine dreitägige stationäre Behandlung. Insgesamt würden die Einwände der Versicherten auf den Berichten von Dr. C. basieren, worin zwar linksseitige Kniebeschwerden nach dem gemeldeten Ereignis festgehalten würden. Dies entspreche lediglich einer zeitlichen Korrelation, nicht aber einem anhand von objektiven Kriterien belegbaren, überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang, nachdem Dr. C. über den Ereignisablauf offensichtlich nicht genau informiert worden sei. Eine von ihm postulierte mechanisch relevante mediale Meniskusläsion lasse sich weder mittels präoperativem MRT noch mittels intraoperativer Bildgebung nachvollziehen. Auch sonst gebe es keine Hinweise auf eine unfallkausale strukturelle Schädigung des Knies. Sämtliche nach dem 29. Juni 2021 durchgeführten Abklärungen und Behandlungen seien demnach überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. Dies gelte explizit auch für die Operation vom 26. Juli 2021.

6.1. Gestützt auf die zitierten medizinischen Akten lässt sich feststellen, dass sich die Einschätzungen des behandelnden Arztes und der Vertrauensärzte der Visana hinsichtlich des Vorliegens eines Meniskusrisses diametral widersprechen. So will der behandelnde Arzt Dr. C. einen solchen Riss auf den ersten Blick intraoperativ erkannt haben, während Dr. F. das Vorliegen eines Meniskusrisses bei Würdigung der intraoperativen Bildgebung dezidiert in Abrede stellt. Dem Gesagten zufolge besitzen gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen eine grundsätzlich umfassende Beweiseignung. Allerdings genügen bereits geringe Zweifel, deren Beweiswert aufzuheben (oben, Erwägungen 3.3 f.). Fraglich ist, ob solche geringe Zweifel gegenüber den vertrauensärztlichen Einschätzungen von Dr. E. und Dr. F. vorliegen. Ganz offensichtlich hat Dr. E. die intraoperative Bildgebung in seine letzte Beurteilung vom 12. August 2021 nicht einfließen lassen. Wie auch Dr. F. in seinem Bericht vom 14. Juni 2022 feststellt, nimmt Dr. E. bei seiner erneuten Beurteilung einzig auf den zuvor ergangenen MRT-Befund Bezug. Seiner Beurteilung kann unter diesen Umständen kein Beweiswert zukommen.

6.2. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Juni 2022 stützt sich nun aber ausschliesslich auf die Beurteilung von Dr. F. . In formaler Hinsicht erfüllt dessen Berichterstattung zweifellos alle bundesgerichtlichen Vorgaben an eine beweistaugliche Beurteilung versicherungsinterner Natur (oben, Erwägung 3.2). Seine Stellungnahme vom 14. Juni 2022 berücksichtigt sämtliche ärztlichen und bildgebenden Unterlagen und erfüllt damit die Voraussetzungen für eine beweistaugliche Aktenbegutachtung (oben, Erwägung 3.4). Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch eine persönliche Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu gewinnen gewesen wären, nachdem der umstrittene Gesundheitsschaden operativ mittlerweile behandelt worden ist (sog. antizipierte Beweiswürdigung). Dr. F. setzt sich zudem überaus detailliert mit den abweichenden Beurteilungen von Dr. C. auseinander. Die Tatsache alleine, dass der behandelnde

Orthopäde eine abweichende Einschätzung vertritt, vermag noch keine geringen Zweifel an der Einschätzung des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin zu begründen. Massgeblich ist vielmehr, ob und wie er seine eigene Einschätzung begründet. Namentlich beschreibt Dr. F. die intraoperative Bildgebung im Gegensatz zu Dr. C. sehr ausführlich und differenziert. Er bezeichnet einen wellenförmigen Rand und eine Ausfransung, hält aber klar fest, dass keine eigentliche Rissbildung vorliege. Demgegenüber beschreibt Dr. C. den weiteren Zustand des Meniskus nicht näher, sondern erwähnt einzig einen auf den ersten Blick sichtbaren Riss. Dabei vermag er aber weder das entsprechende intraoperative Bild zu bezeichnen, noch verweist er in seiner Begründung auf die nach seiner Sichtweise massgebende Stelle, so dass die von ihm behauptete Rissbildung letztlich nicht nachvollzogen werden kann. Als Nachweis für die Rissbildung führt Dr. C. lediglich an, dass er mit dem Tasthaken am Meniskus habe einhaken können. Dieses Argument vermag Dr. F. indessen damit zu entkräften, dass ein Einhaken in einen Meniskus mit genügendem Druck grundsätzlich physiologischer Natur sei. Gegen einen Meniskusriss spricht insbesondere aber auch der MRT-Befund von Dr. D. vom 29. Juni 2021, der den übereinstimmenden Stellungnahmen aller beteiligter Ärzte zufolge gerade keinen Riss des Meniskus erkennen lässt (oben, Erwägung 5.1). Dass Dr. D. die in der Folge ergangenen intraoperativen Bilder des Behandlers selbst nicht mehr beurteilt hat, wie die Beschwerdeführerin moniert, vermag daran nichts zu ändern. Das Vorliegen eines Meniskusrisses wird bei dieser Aktenlage vielmehr einzig von Dr. C. behauptet, ohne dass der behandelnde Orthopäde hierfür aber einen nachvollziehbaren Beweis anzuführen vermag. Namentlich erfolgt von ihm im Zusammenhang mit den differenzierten Einwänden von Dr. F. weder eine Stellungnahme zur abweichenden Interpretation der intraoperativen Bildgebung noch zu den einleuchtenden Einwänden des Vertrauensarztes gegen die behaupteten klinischen Meniskuszeichen und den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Unfallmechanismus, der klarerweise gegen die von Dr. C. vertretene Auffassung einer erlittenen Distorsion und damit auch gegen eine mögliche Meniskusverletzung spricht. Dass es – wie Dr. C. in seinem Schreiben an die Visana vom 16. Juli 2021 postuliert (Akten der Visana, Dok 73) – anlässlich des fraglichen Unfallereignisses zu einer Rotations- und Hyperflexionsbewegung gekommen wäre, ist den echtzeitlichen Akten bzw. der Unfallschilderung der Versicherten jedenfalls nicht zu entnehmen (Akten der Visana, Dok 3 und 21). Letztlich fehlt es somit an einem eigentlichen Expertenstreit, der allenfalls geringe Zweifel an der vertrauensärztlichen Stellungnahme von Dr. F. begründen könnte. Insgesamt erweist sich dessen Berichterstattung vom 14. Juni 2022 somit auch in inhaltlicher Hinsicht als schlüssig. Darauf ist abzustellen. Daraus folgt wiederum, dass mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die Versicherte am linken Knie keinen Meniskusriss erlitten hat. Damit fehlt es an einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG, so dass sich eine Auseinandersetzung mit der von der Beschwerdeführerin aufgeworfenen Frage der Rechtmässigkeit der bundesgerichtlichen Praxis bezüglich Entlastungsbeweis bei Unfällen mit Listenverletzungen erübrigt (oben, Erwägung 4.2). 6.3 Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, dass selbst bei Verneinung eines Meniskusrisses die Unfallkausalität der operativ behobenen Beschwerden, namentlich des Ergusses im Kniegelenk und der Baker-Zyste, gegeben sei. Dr. F. erklärt die Bildung des Ergusses und der Baker-Zyste nun aber mit den vorbestehenden degenerativen Knorpelschäden in Verbindung mit der erhöhten Belastung des Gelenks. Ausserdem hält er fest, dass die Baker-Zyste das Ergebnis eines längerdauernden Prozesses darstelle, die

fragliche Zyste mithin nicht erst durch den erlittenen Unfall hervorgerufen worden sei. Dem hält die Beschwerdeführerin lediglich entgegen, dass die Knorpelschäden beim Unfall entstanden seien. Diese Behauptung aber findet in den medizinischen Unterlagen keine Bestätigung und entspricht der unzulässigen Beweisregel «post ergo propter hoc». Demnach ist die blosser Annahme, die Beschwerden müssten alleine deshalb unfallbedingt sein, weil eine allenfalls vorbestehende Erkrankung bis zum Unfall schmerzfrei war, medizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich unzulässig (Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2016, 8C_359/2016, E. 5.2; BGE 119 V 335 E. 2b). Eine gesundheitliche Schädigung gilt beweisrechtlich nicht als durch den Unfall verursacht, nur weil sie nach diesem aufgetreten ist. Nicht anders verhält es sich im hier vorliegenden Fall. Mit dem Umstand alleine, wonach die Versicherte vor ihrem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt hat, vermag sie entgegen der in ihrer Beschwerdebegründung vertretenen Auffassung den erforderlichen Kausalitätsnachweis mit anderen Worten gerade nicht zu erbringen (a.a.O., S. 9, ad Fussnote 8). Hinzu tritt ein Weiteres: Während Dr. C. die Knorpelschäden gar nicht erst erwähnt, bezeichnet auch der Radiologe Dr. D. die von ihm erhobenen Knorpelschäden als Chondropathie. Damit bestätigt der vorbefasste Radiologe ebenfalls eine degenerative Genese bereits zuvor vorhandener Knorpelschäden. Mithin bestehen letztlich keine Hinweise, dass die Baker-Zyste und der Gelenkserguss in einem kausalen Verhältnis zum Unfall vom 26. April 2021 gestanden sind. Im Übrigen steht die Baker-Zyste auch in keinem Zusammenhang zur durchgeführten Arthroskopie, nachdem dem Operationsbericht vom 26. Juli 2021 gerade nicht zu entnehmen ist, dass diese Zyste im Rahmen der Arthroskopie entfernt worden wäre (oben, Erwägung 5.4). 6.4 Insgesamt gibt es aufgrund der vorliegenden ärztlichen Unterlagen mithin keine begründeten Hinweise auf einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden, die zur Arthroskopie geführt haben, und dem Unfall vom 26. April 2021. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Versicherte beim Unfall vom 26. April 2021 lediglich eine Kontusion ihres linken Knies ohne strukturelle Schädigung des Kniegelenks erlitten hat, deren folgenlose Ausheilung spätestens nach Ablauf von drei Monaten anzunehmen ist. Hierfür spricht nicht zuletzt auch der Umstand, dass es der Versicherten offenbar möglich war, im Juni 2021 wieder eine grössere Wanderung zu unternehmen (Beschwerdebegründung, S. 8, a.E.). Damit erweist sich auch die Argumentation von Dr. C., wonach der Versicherten nach ihrem Unfall keine körperliche Belastung mehr möglich gewesen sei, als unzutreffend (oben, Erwägung 5.8). Insgesamt ist damit nicht zu beanstanden, dass die Visana mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Wegfall der Unfallkausalität für die nach dem 25. Juli 2021 andauernden Beschwerden des drei Monate zuvor erlittenen Unfalls ausgegangen ist und ihre Versicherungsleistungen per 25. Juli 2021 eingestellt hat.

E. 7

Gemäss Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichts-kosten auferlegen. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind bei der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin wett-zuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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