

BL_GERICHTE 725 20 107/220 vom 10. September 2020

BL Gerichte, 2020-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_107_220

FR: BL_GERICHTE 725 20 107/220 du 10 septembre 2020

IT: BL_GERICHTE 725 20 107/220 del 10 settembre 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 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 eingereichte Beschwerde vom 9. März 2020 ist somit einzutreten.

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin nach dem 8. Dezember 2014 (Datum der ursprünglichen Schadenmeldung) eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem am 11. Oktober 2014 erlittenen Unfall trifft. Weil es sich bei der am 15. Mai 2019 ergangenen Meldung um eine Leistungsanmeldung im Zusammenhang mit einem Rückfall handelt, indessen unbestritten geblieben ist, dass in der Vergangenheit keinerlei medizinische Behandlung hinsichtlich des betroffenen linken Knies angefallen sowie seither keine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, ist die Leistungspflicht erst mit Wirkung der Rückfallmeldung vom 15. Mai 2019 und für die Zeit danach zu prüfen. Entgegen des Beschwerdeantrags des Versicherten kann eine Leistungspflicht für die Zeit bereits ab Dezember 2014 deshalb nicht zur Debatte stehen.

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 vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden jedoch nach bisherigem Recht ausgerichtet (Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält

es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend noch auf das bisherige 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 - unter anderem - generell voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt 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

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 entwickelt hätte) entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch 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 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 der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt mithin voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt 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 nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip mit anderen Worten teilweise durchbrochen. Der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann deshalb keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

E. 2.5

Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu einer (weiteren) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man hingegen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die im Verlauf der Zeit zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2). Sowohl Rückfälle als auch Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der ursprünglich beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ebenfalls ein (natürlicher und adäquater) Kausalzusammenhang besteht (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Der Unfallversicherer kann mithin nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs für den Grundfall oder für frühere Rückfälle behaftet werden. Hintergrund bildet der Umstand, dass ursprünglich unfallkausale Faktoren durch einen zunehmenden Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt deshalb dem Leistungsansprecher auch hier, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall (oder als Spätfolge) geltend gemachten Beschwerdebild und dem ursprünglich erlittenen Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem ursprünglich erlittenen Unfall und dem erneuten Auftreten gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist (SVR 2016 UV Nr. 18, S. 55; Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.2). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328, U 180/93 E. 3b).

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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

3.4 Rechtsprechungsgemäss kann allerdings 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 Die Suva beruft sich für die Begründung ihrer Leistungsablehnung im angefochtenen Einspracheentscheid auf die Einschätzung ihrer Kreisärztin Dr. med. C.____, FMH Chirurgie. In ihrer versicherungsmedizinischen Kurzbeurteilung vom 3. Juli 2019 hat Dr. C.____ angegeben, dass sich der Versicherte am 11. Oktober 2014 eine Prellung bzw. Distorsion des linken Kniegelenks zugezogen habe. Unfallkausale strukturelle Läsionen seien hingegen keine dokumentiert worden. Die Folgen der erlittenen Verletzung seien spätestens innerhalb von drei Monaten abgeklungen. Es habe bereits nach wenigen Wochen keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestanden (Suva Dok 32). Der zweiten kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 8. August 2019 ist zu entnehmen, dass eine weiterführende MR-Tomographie des linken Knies am 22. Mai 2019 degenerative Abnutzungserscheinungen mit einer medialen Chondropathie Grad II-III bei zentral femoralem Knorpeldefekt und einer mehrflächigen Knorpelausdünnung posterior femoral gezeigt habe. Ein Meniskusriss sei nicht nachgewiesen worden, hingegen hätten leichte ödematöse Signalanhebungen der superioren, menisko-kapsulären Insertion des Innenmeniskushorns ohne eine sichere Desinsertion festgestellt werden können. Der Aktenverlauf über die vergangenen fünf Jahre seit dem ursprünglich erlittenen Unfallereignis zeige keine Bedürftigkeit für ärztliche Konsultationen oder Therapiemassnahmen. Die nun geltend gemachten Beschwerden am linken Knie seien daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das ursprünglich erlittene Ereignis vom 11. Oktober 2014 zurückzuführen. Es hätten zu keinem Zeitpunkt allfällige strukturelle Läsionen unfallkausaler Natur nachgewiesen werden können. Dem Unfallereignis mit Prellung und Kniedistorsion links komme lediglich der Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit einer zu erwartenden Ausheilung nach spätestens drei Monaten zu (Suva Dok 36). 4.2 Anlässlich der Erstbehandlung vom 14. Mai 2019 im Rahmen des gemeldeten Rückfalls beim Hausarzt des Versicherten, Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Medizin, wurde die Diagnose einer beginnenden medialen Gonarthrose links erhoben. Aus dem entsprechenden Arztzeugnis UVG für Rückfälle vom 28. Mai 2019 geht hervor, dass der Patient über zeitweise stechende Schmerzen bei Bewegungen im linken Knie berichte. Er höre auch ein Knacken und ein Knirschen. Bei der Untersuchung hätten keine grob pathologischen Befunde erhoben werden können. Im MRI habe eine mediale Gonarthrose festgestellt werden können. Dieser Befund sei nicht mit dem Ereignis vom 11. Oktober 2014 vereinbar. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe keine. Der Behandlungsabschluss wegen des Knies sei am 24. Mai 2019 erfolgt (Suva Dok 26). 4.3 Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 29. Mai 2019 beklage der Versicherte bei weiterhin bestehenden Beschwerden am rechten Fuss mit persistierender Plattfussstellung zunehmende Beschwerden auch am linken Knie medial betont. Das linke Knie weise ein Varusstellung auf. Die Seitenbänder seien stabil. Es bestehe eine Druckdolenz im medialen Kniegelenkspalt. Es sei vorgeschlagen worden, entsprechende Bilder anfertigen zu lassen und anschliessend das weitere Procedere zu besprechen. Primär sollte der rechte Fuss versorgt werden. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (Suva Dok 30). 4.4 Am 4. September 2019 hat der ehemals behandelnde Arzt des Spitals F.____, Dr. med. G.____, festgehalten, dass sich der Versicherte mit bereits seit Langem bestehenden Beschwerden im linken Kniegelenk nach einem vor fünf Jahren erlittenen Distorsionsereignis im Rahmen eines Motorradsturzes mit dem Spital in Verbindung gesetzt habe. Die Beschwerden beständen seit jenem Zeitpunkt. Unter einer

relativ unspektakulären Behandlung sei der Versicherte dazumal innert ein bis zwei Monaten beschwerdefrei geworden. Der Beschwerdebeginn falle mit dem Unfallereignis zusammen. Auf Wunsch des Patienten werde nochmals um Kostenübernahme gebeten (Suva Dok 45). 4.5 Sodann hat der Versicherte in seiner Einsprache vom 13. August 2019 darauf hingewiesen, dass er anlässlich regelmässiger Kontrollen im Zusammenhang mit dem rechten Fuss seinen Hausarzt Dr. E._____ immer wieder auch auf seine Knieprobleme aufmerksam gemacht habe. Der durch den Unfall verursachte Schaden sei durch seinen Hausarzt nicht richtig abgeklärt worden. Er habe unbewusst eine Schonhaltung beim Gehen eingenommen, was durch den Unfall am rechten Fuss jedoch nicht mehr möglich gewesen sei und nunmehr zur Überlastung geführt habe. Er habe seinen Hausarzt darauf angesprochen, jedoch sei nichts unternommen worden. Auf starkes Drängen hin habe sich der Hausarzt erst jetzt bemüht, den Unfall erneut aufzunehmen und das Knie untersuchen zu lassen. Gemäss Dr. G._____ gehe das Knieproblem auf den Unfall zurück (Suva Dok 41). In seiner Beschwerdebegründung lässt der Versicherte schliesslich ausführen, dass er am 11. Oktober 2014 eine schwere Distorsion erlitten habe, weil die damals festgestellte Einblutung des Gewebes durch eine sehr heftige, ruckartige Überdehnung des Kniegelenks und nicht durch ein Anschlagen des Knies verursacht worden sei. Nach dem Unfallgeschehen müsse es zu einer Quellung der Knorpelsubstanz gekommen sein, was eine weitere sukzessive Schädigung des Knorpels nach sich gezogen habe. Erschwerend trete hinzu, dass der Versicherte am 16. September 2016 einen zweiten Unfall am rechten Fussgelenk erlitten habe. Die Schmerzen an diesem Fussgelenk seien so stark gewesen, dass das Auftreten mit dem rechten Fuss in der Folge reflexartig vermieden worden sei. Durch diese Schonhaltung des rechten Fusses sei es zu einer starken Mehrbelastung des linken Beins und insbesondere des linken Knies gekommen. Eine solche Überbelastung könne bei einer gequollenen Knorpelsubstanz eine Mikrotraumatisierung des Knorpels zur Folge haben. Dabei würden Risse in der Gelenksoberfläche entstehen. Genau diese Befunde seien in der MRI-Untersuchung vom 22. Mai 2019 festgestellt worden. Eine fokale Chondropathie Grad II bis III bedeute eine Rissbildung in der Gelenksoberfläche bis hin zu tiefen Defekten, die bis auf den Knochen reichen würden. Die Chondropathie und Gonarthrose im linken Knie seien durch die Mehrbelastung des linken Knies wegen der Schonhaltung aufgrund des zweiten Unfalls verschlimmert worden. Die aktuell vorliegenden Beschwerden am linken Knie seien demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Ohne das Unfallgeschehen wäre es nicht zu den heute vorliegenden Befunden gekommen. Ausserdem habe der Versicherte nirgendwo sonst vergleichbare Symptome zu beklagen, und auch das rechte Kniegelenk sei vollkommen gesund. Dies spreche ebenfalls gegen eine unfallfremde, abnutzungsbedingte Ursache. 4.6 Unter Verweis schliesslich auf eine der Vernehmlassung beigelegte chirurgische Beurteilung von Dr. H._____, FMH Chirurgie, vom 24. März 2020 vertritt die Suva die gegenteilige Auffassung. Der entsprechenden Beurteilung zufolge nenne der Versicherte in der Beantwortung des Fragebogens zum Unfallhergang eine Überdehnung des Kniegelenks, während in der Schadenmeldung UVG keine Schädigung des linken Kniegelenks genannt worden sei. Ein Knieanprall sei damit nicht sicher erstellt. Im Arztzeugnis UVG vom 29. Oktober 2014 seien lediglich ein Hämatom unterhalb der Kniescheibe sowie aussenseitige Schmerzen am linken Knie dokumentiert worden. Ein lokalisiertes Hämatom spreche dafür, dass möglicherweise nicht nur eine Überdehnung des Kniegelenks, sondern auch eine Prellung erfolgt sei. Ein Kniegelenkserguss werde in diesem Arztzeugnis verneint, der Bandapparat werde als fest bezeichnet. Weitere ärztliche Berichte zum zeitnahen Verlauf

bezüglich des linken Kniegelenks und des Rückens würden fehlen. Seit dem 7. November 2014 sei der Versicherte jedoch wieder im Umfang von 50% und seit dem 8. Dezember 2014 vollständig arbeitsfähig gewesen. Bis zum 14. Mai 2019 seien keine medizinischen Behandlungen wegen der Beschwerden am linken Knie dokumentiert. Es ergäben sich deshalb keine Anhaltspunkte dafür, dass das Ereignis vom 11. Oktober 2014 zu einer strukturellen Schädigung des linken Kniegelenks geführt habe. Eine strukturelle Verletzung des Kniegelenks würde mit einer akut auftretenden Schwellung, meist auch einem Kniegelenkserguss und mit einer erheblichen Einschränkung der Kniegelenksfunktion, einhergehen. Derartige Veränderungen seien vorliegend nicht dokumentiert. Es sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Unfall vom 11. Oktober 2014 zu einer strukturellen Verletzung des linken Kniegelenks geführt habe. 5.1 Entgegen der von ihm vertretenen Auffassung geht aus den Akten nicht hervor, dass der Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 11. Oktober 2014 durchgehend oder zumindest wiederholt an Kniebeschwerden gelitten hätte. Nachdem die behandelnde Ärztin bereits Ende Oktober 2014 einen Behandlungsabschluss innert zwei bis drei Wochen in Aussicht gestellt hatte (Suva Dok 10), steht vielmehr fest, dass der Versicherte nach deutlicher Verbesserung der Schmerzsituation an seinem linken Knie (Suva Dok 16) seit dem 8. Dezember 2014 wieder voll arbeitsfähig war (Suva Dok 19). Dass er seinen damaligen Hausarzt anlässlich der nachfolgenden Konsultationen, welche in erster Linie wegen anderweitiger gesundheitlicher Probleme erfolgt sind (Suva Dok 48), tatsächlich über erneut aufgetretene Kniebeschwerden informiert hat, findet in den Akten keine Stütze und lässt sich heute daher auch nicht mehr verifizieren. Wenn der Versicherte nunmehr vorbringen lässt, dass seine aktuell geklagten Kniebeschwerden auf den ursprünglich erlittenen Unfall im Oktober 2014 zurückzuführen seien, ist in Erinnerung zu rufen, dass eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers nur entstehen kann, wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. An den Wahrscheinlichkeitsbeweis sind dabei umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem ursprünglich erlittenen Unfall und dem erneuten Auftreten gesundheitlicher Probleme ist (oben, Erwägung 2.5). Im vorliegenden Fall sind zwischen dem ursprünglichen Unfallereignis im Oktober 2014 und der Rückfallmeldung im Mai 2019 über viereinhalb Jahre vergangen. Dieser zeitliche Abstand ist erheblich. Allfällige ärztliche Unterlagen, welche während dieser Zeit dokumentieren würden, dass der Versicherte gegenüber seinem Hausarzt über allenfalls wieder aufgetretene Beschwerden am linken Knie geklagt hätte, sind jedoch keine vorhanden. Einzig der ursprünglich behandelnde Orthopäde des Kantonsspitals X.____ hat in seinem Bericht vom 14. September 2019 festgehalten, dass sich der Versicherte mit seit langem bestehenden Beschwerden im linken Kniegelenk nach einem vor fünf Jahren erlittenen Distorsionsereignis im Rahmen eines Motorradsturzes mit dem Spital in Verbindung gesetzt habe (Suva Dok 45). Daraus vermag der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Der Bericht von Dr. G.____ ist vielmehr widersprüchlich. Einerseits geht aus den echtzeitlichen Akten gerade nicht hervor, dass der Versicherte ursprünglich gestürzt wäre. Andererseits gibt Dr. G.____ an, dass der Beginn der Beschwerden am linken Knie mit dem Unfallereignis zusammenfalle. Zugleich hält er aber fest, dass der Versicherte nach einer relativ unspektakulären Behandlung ursprünglich nach ein bis zwei Monaten wieder beschwerdefrei gewesen sei. Dieser Widerspruch lässt sich nicht auflösen. Daraus ausserdem nunmehr abzuleiten, wie dies der Versicherte in seiner Einsprache vom 13. August 2019 postuliert hat, dass die neu geklagten Beschwerden auf das ursprünglich erlittene Unfallereignis im Oktober 2014

zurückzuführen wären, verbietet sich und geht in dieser Form auch aus der Berichterstattung von Dr. G.____ nicht hervor. Dr. G.____ stützt sich für seine Beurteilung nämlich einzig auf die Angaben seines Patienten, wonach er seit dem ursprünglich erlittenen Ereignis weiterhin an Beschwerden gelitten habe. Wie bereits dargelegt, findet sich diesbezüglich aber nichts in den Akten. Der Beweis, dass der Beschwerdeführer durchgehend seit Oktober 2014 unter Kniebeschwerden gelitten hätte, wie er nunmehr geltend macht, ist daher nicht erbracht. 5.2 Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die Argumentation des Beschwerdeführers, dass er seit seiner Verletzung am rechten Fuss im Jahr 2016 zunehmend keine Schonhaltung bezüglich des linken Knies mehr hätte einnehmen können, und dass es dadurch zu einer Überlastung und schliesslich zum aktuellen Beschwerdebild gekommen sei. Zu berücksichtigen ist, dass der Versicherte bei seiner angestammten Arbeit in der Spedition und in der Warenannahme den ganzen Tag auf den Beinen war, körperlich schwere Tätigkeiten verrichten und dabei häufig Treppensteigen musste (Suva Dok 16). Wie dies auch Dr. H.____ in seiner Beurteilung vom 24. März 2020 dargelegt hat (Beilage zur Vernehmlassung), wäre eine effektive Schonhaltung unter diesen Umständen mithin nur möglich gewesen, wenn der Versicherte sein linkes Bein durch eine Gehstütze hätte entlasten können. Dies ist aber weder behauptet noch dargetan. Bei dieser Ausgangslage ist deshalb auch in medizinischer Hinsicht nicht belegt, dass die Verletzung der einen unteren Extremität zu einer Überlastung der gegenseitigen, linken Extremität geführt hätte. Vielmehr wäre eine vermehrte Schonung beider unterer Extremitäten zu erwarten gewesen, weil die zurückgelegten Wegstrecken geringer und die Frequenz der Schritte verringert werden, und ganz generell eine entsprechende Belastung meist überhaupt nicht mehr ausgeübt werden kann, wenn eine einzelne Extremität verletzt worden ist (a.a.O.). Diese Schlussfolgerung von Dr. H.____ ist notorisch und deshalb ohne Weiteres auch nachvollziehbar. Nachdem sich der Versicherte im Oktober 2014 am linken Knie verletzt, rund zwei Monate später jedoch wieder voll arbeitsfähig war, geht aus den Akten nicht hervor und ist auch nicht behauptet worden, dass in der Folge trotz körperlich belastender Arbeit - insbesondere auch nicht, nachdem der Versicherte im September 2016 auch mit seinem rechten Fuss umgeknickt war - eine erneute Arbeitsunfähigkeit aufgetreten wäre. Eine Arbeitsunfähigkeit ist erst wieder im Juni 2018 im Zusammenhang mit den Sprunggelenksbeschwerden am rechten Fuss eingetreten. Den Rückfall in Bezug auf die am linken Knie nunmehr geklagten Beschwerden hat der Versicherte ausserdem erst im Mai 2019 gemeldet. Damit übereinstimmend hat er auch erst in der orthopädischen Sprechstunde des Kantonsspitals X.____ vom 27. Mai 2019 angegeben, zunehmend an Beschwerden am linken Knie zu leiden (Suva Dok 30). Dies alles spricht gegen die nunmehr in der Beschwerde vertretene Auffassung, durchgehend seit 2014 immer wieder erheblich an Kniebeschwerden gelitten zu haben und von behandelnden Hausarzt nicht ernst genommen worden zu sein. Allfällige Hinweise, welche mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen kausalen Zusammenhang der nunmehr geklagten Beschwerden mit dem ursprünglich erlittenen Unfall belegen würden, sind bei dieser Aktenlage jedenfalls keine vorhanden. 5.3 Im Gegenteil hat der Hausarzt des Versicherten bereits schon früh einen Zusammenhang zwischen den erneut geklagten Beschwerden am linken Knie und der ursprünglich am 11. Oktober 2014 erlittenen Überdehnung verneint (Suva Dok 26). Seine Einschätzung hat er damit begründet, dass die im MRI erhobene mediale Gonarthrose mit dem Ereignis vom 11. Oktober 2014 nicht vereinbar sei. Auch Dr. H.____ weist in seiner Beurteilung vom 24. März 2020 darauf hin, dass nach dem Unfall vom 11. Oktober 2014 die Schmerzen lateral am Kniegelenk und ein

Hämatom distal der Kniescheibe dokumentiert worden seien, indessen keine frische, traumatische Schädigung des Knorpels im medialen Kniegelenkskompartiment der Belastungszone - mithin tief im Inneren des Gelenks - abgeleitet werden könne. Diese Einschätzung wird durch die bildgebenden Befunde vom Mai 2019 bestätigt, wonach lateral ein normaler Meniskus sowie ein unauffälliger Knorpelüberzug erhoben worden waren, und auch femoropatellär gerade keine tiefreichenden Knorpelschäden festgestellt werden konnten (Suva Dok 23). Insofern widerspricht auch dieser bildgebende Befund den Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach es nach dem Unfallgeschehen im Oktober 2014 zu einer Quellung der Knorpelsubstanz gekommen sei. Mangels eines Defekts an den Bandstrukturen des linken Kniegelenks erweist sich auch eine alternative Abscherverletzung am medialen Femurkondylus als unwahrscheinlich (Beurteilung von Dr. H.____ vom 24. März 2020, Beilage zur Vernehmlassung). Mit seinen nachvollziehbaren Hinweisen untermauert Dr. H.____ schliesslich die an sich bereits schlüssige Einschätzung der Kreisärztin Dr. D.____ vom 8. August 2019, dass keine strukturellen Läsionen unfallkausaler Natur hätten nachgewiesen werden können und dem ursprünglichen Unfallereignis deshalb lediglich der Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung zukomme (Suva Dok 36). Die abweichende Berichterstattung von Dr. G.____, der einzig gestützt auf die Angaben seines Patienten angibt, dass die Beschwerden seit dem ursprünglich erlittenen Unfallereignis im Oktober 2014 vorhanden seien, weshalb sie auch heute noch als unfallkausal anzusehen seien, vermag keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser versicherungsinternen, ärztlichen Feststellungen hervorzurufen. Gegen seine - im Übrigen widersprüchliche (oben, Erwägung 5.1) - Einschätzung spricht alleine schon der Umstand, dass der Hausarzt des Versicherten seine Behandlung hinsichtlich der als Rückfall gemeldeten Beschwerden am linken Knie bereits am 24. Mai 2019 wieder abgeschlossen hatte (Suva Dok 26). Auch der Auszug aus der Literatur, den der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Beschwerde vorgelegt hat, lässt keinen anderen Schluss zu. Es mag zwar unbestritten sein, dass Ursache von Knorpelschäden sowohl eine Degeneration als auch ein Unfall sein kann. Für Knorpelschäden, die durch ein Trauma verursacht worden sind, wird allerdings ein geeignetes Unfallgeschehen mit einer notwendigen Schwere vorausgesetzt. Diese Voraussetzung liegt hier nicht vor. Dr. H.____ hat überzeugend dargelegt, dass der Unfallhergang im Oktober 2014 nicht geeignet war, Knorpelschäden vom Ausmass, wie sie im Mai 2019 dokumentiert worden sind, auszulösen oder auch nur teilursächlich mitzuverantworten. Darauf kann verwiesen werden (Beilage zur Vernehmlassung). Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen, insbesondere auch in Form eines externen Verwaltungsgutachtens. Die Unfallkausalität der geltend gemachten Rückfallbeschwerden ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, und die resultierende Beweislosigkeit muss deshalb zu Lasten des Versicherten gehen. Die Suva hat ihre Leistungspflicht für den geltend gemachten Rückfall im Ergebnis zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend wird dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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