

# **BL\_GERICHTE 725 20 353/246 vom 9. September 2021**

BL Gerichte, 2021-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_20\\_353\\_246](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_20_353_246)

FR: BL\_GERICHTE 725 20 353/246 du 9 septembre 2021

IT: BL\_GERICHTE 725 20 353/246 del 9 settembre 2021

## **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 D.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. September 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen - namentlich die Übernahme der Heilbehandlungskosten - zu Recht per 10. Juni 2019 einstellte. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer erlittene Meniskusklausion mit dem Unfall vom 22. Mai 2019 in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang steht. 3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen

Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt damit eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C\_437/2018, E. 2.1). 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher 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).

4.1 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). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

4.2 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 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, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 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 in fine mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

## **E. 5**

Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen vor:

### **E. 5.1**

Gemäss Auszug aus der Patientenakte vom 27. Mai 2019 stellte der erstbehandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der F.\_\_\_\_ AG folgenden Befund fest: ein leichtgradiges Schonhinken rechts, eine Schmerzprovokation beim versuchten Fersenstand im medialen Bereich des rechten Kniegelenks, ein leichtgradiger Erguss, eine Extension/Flexion von 0-2-120 (Gegenseite: 0-0-140), eine Weichteilschwellung vor allem ventral/medial, ein stabiler Kapselbandapparat ohne vermehrte mediale Aufklappbarkeit im Seitenvergleich, eine deutliche Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt mit positivem Meniskuszeichen. Bei der Röntgenuntersuchung sei keine frische traumatisch bedingte

Läsion erkennbar. Auch sonst fänden sich keine Auffälligkeiten, im Speziellen keine degenerativen Veränderungen.

### **E. 5.2**

Im Rahmen eines am 29. Mai 2019 durchgeführten MRI des rechten Knies wurde ein radiär-vertikaler Lappenriss des inneren Drittels des medialen Meniskushinterhorns bis zur Unterfläche des hinteren Korpus festgestellt. Das mediale Hinterhorn sei leicht verkürzt und abgestumpft; es fände sich ein kleines disloziertes Fragment im Bereich der Eminentia intercondylaris medialis sowie eine Unterflächenläsion im hinteren Korpusbereich. Ferner seien eine leichtgradige Chondromalazie Grad II der Belastungszone des medialen femorotibialen Kompartiments, eine leichtgradige umschriebene Chondromalazie Grad II femoropatellar, eine leichtgradige Zerrung des lateralen Kollateralbandes proximal sowie eine Zerrung (differenzialdiagnostisch eine Tendinose) der Popliteussehne proximal festzustellen. Das vordere und hintere Kreuzband seien intakt.

### **E. 5.3**

Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Operationsbericht vom 11. Juni 2019 eine Kniedistorsion mit fragmentierter medialer Meniskusruptur am rechten Knie. Patellofemoral hätten sich retropatellar wie auch am femoralen Gleitlager gut erhaltene Knorpeloberflächen gezeigt. Der Knorpelüberzug sei unauffällig. Es fände sich eine grössere Plica intercondylaris mit sichtbarer Friktion an der medialen Trochlea, sodass diese Plica reseziert worden sei. Im medialen Kompartiment seien femoral wie auch tibial gut erhaltene Knorpeloberflächen festzustellen. Der Meniskus zeige eine Komplexruptur im Hinterhornbereich mit grosser Lappenbildung. Der Lappen sei hochgradig instabil und sei offensichtlich beim Gehen immer wieder eingeklemmt geworden, was zu einer entsprechend starken Ausfransung geführt habe. Der Meniskus sei aber von guter Konsistenz. Es verblieben noch ungefähr 50% des Gesamtvolumens des medialen Hinterhorns. Im lateralen Kompartiment zeige der Meniskus im Korpusbereich Ausfransungen, welche zurückgestutzt worden seien. Ansonsten sei der Meniskus absolut unauffällig und intakt. Es zeige sich auch ein unauffälliger Knorpelüberzug femoral und tibial.

### **E. 5.4**

Der Patientenakte ist in der Folge ein ruhiger und zeitgerechter postoperativer Verlauf zu entnehmen. Der Patient blieb bis zum 14. Juni 2019 zu 100% arbeitsunfähig.

### **E. 5.5**

Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge eine versicherungsmedizinische Stellungnahme bei ihrem Vertrauensarzt Dr. C.\_\_\_\_\_ ein. In seinem Aktengutachten vom 4. September 2019 führte dieser aus, dass das Vorliegen eines Meniskusrisses nach einem Trauma keinen traumatischen Meniskusschaden beweise. Ein traumatischer Meniskusschaden sei nicht isoliert, sondern in einer synoptischen Betrachtung mit den Begleitverletzungen zu werten. In der medizinischen Lehre sei argumentiert worden, dass ein isolierter Meniskusriss weder durch direkte noch durch indirekte Unfallmechanismen zu begründen sei. Eine Ausnahme sei der sogenannte Drehsturz, bei dem das gebeugte und rotierte Knie bei fest fixiertem Unterschenkel/Fuss plötzlich passiv in die Streckung gezwungen werde, sodass die Schlussrotation nicht ablaufen könne. Es handle sich hierbei um eine bruske Bewegung bei eingeklemmtem Fuss. Beim Versicherten liege keine Kombinationsverletzung vor: es seien bis auf den Meniskusschaden keine weiteren objektivierbaren strukturellen traumatischen Läsionen oder andere Begleiterscheinungen, namentlich kein Bone Bruise, nachgewiesen

worden. Dies spreche gegen eine traumatische Genese des Meniskusschadens und für einen überlastungsbedingten, degenerativen Meniskusschaden. Es liege auch kein geeigneter Drehsturzmechanismus vor, da die geforderte Fixation der beiden Gelenkpartner fehle. Dass der Versicherte bis zum Ereignis vom 22. Mai 2019 keine Kniebeschwerden gehabt habe, genüge nicht zur Annahme eines Kausalzusammenhangs. Gegen einen traumatischen Meniskusriss spreche ferner das Alter des Versicherten. Die Verletzung des Meniskus sei somit versicherungsmedizinisch als degenerativ und damit als unfallfremd zu klassifizieren. Anerkannt werden könne maximal eine vorübergehende Verschlimmerung, die jedoch innert Tagen bis Wochen folgenlos abheile. Spätestens am 10. Juni 2019 sei der Status quo sine festzusetzen, der Eingriff vom 11. Juni 2019 sei folglich nicht auf die Behandlung von Unfallfolgen gerichtet gewesen.

#### **E. 5.6**

Der behandelnde Facharzt Dr. E. \_\_\_\_ äusserte sich am 7. November 2019 zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers dahingehend, dass der Patient eine Distorsionsverletzung bei absolut blander Vorgeschichte erlitten habe. Er habe sich fristgerecht kurz nach dem Unfall um eine Sprechstunde bemüht, anlässlich derer eine frische Verletzung mit grossem Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion habe festgestellt werden können. Diese Verdachtsdiagnose sei mittels MRI bestätigt worden. Zwar könne im Rahmen eines MRI nicht zwischen frischer und alter Verletzung unterschieden werden. Die radiäre Ausrichtung der Ruptur habe aber für eine frische, unfallbedingte Verletzung des Meniskus gesprochen. Alte, degenerative Verletzungen seien hingegen meistens horizontal ausgerichtet, was beim Patient nicht vorgelegen habe. Bei der arthroskopischen Operation habe festgestellt werden können, dass der Meniskusriss deutlich grösser gewesen sei als im MRI abgeschätzt. Zeichen einer degenerativen Veränderung (gelbliche Verfärbung der Knorpelanteile, Delaminierung der Meniskusoberfläche, spröde Oberflächenkonsistenz, etc.) hätten sich nirgends gezeigt.

#### **E. 5.7**

Mit Schreiben vom 29. Januar 2020 nahm Dr. C. \_\_\_\_ erneut zu den strittigen medizinischen Fragen Stellung. Unter diversen Hinweisen auf die medizinische Lehre hält er fest, dass das beschriebene Ereignis nicht geeignet sei, einen isolierten Meniskusriss hervorzurufen. Ferner beweise eine blande Vorgeschichte nicht, dass als Vorzustand kein Meniskusriss vorgelegen hätte. So sei auch das akute Auftreten von Beschwerden kein Beweis für eine traumatische Ursache. Weder das MRI noch die arthroskopische Operation hätten relevante Begleitverletzungen gezeigt. Gemäss gutachterlicher Literatur sei die Form des Risses kein geeignetes Kriterium zur Abgrenzung von traumatischen und degenerativen Meniskusrissen. Zum Vorbringen von Dr. E. \_\_\_\_, dass keine Zeichen degenerativer Veränderungen hätten festgestellt werden können, führt Dr. C. \_\_\_\_ aus, dass eine histologische Untersuchung zur Unterscheidung Trauma versus Degeneration nicht stattgefunden habe. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juli 2020 bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage vollumfänglich auf die Aktenbeurteilungen der Vertrauensarztes Dr. C. \_\_\_\_ vom 4. September 2019 und 29. Januar 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass es beim Unfallereignis vom 22. Mai 2019 lediglich zu einer Distorsion des Kniegelenks gekommen sei, anlässlich derer der krankhafte Vorzustand des Meniskusrisses akut symptomatisch geworden sei. Der Status quo sine habe sich spätestens am 10. Juni 2019 eingestellt. 6.2 Wie in Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge

Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall - wie hier - 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. Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Vertrauensarztes ergeben sich vorliegend einerseits aus der widersprechenden Einschätzung durch den behandelnden Facharzt Dr. E.\_\_\_\_. So setzt sich Dr. C.\_\_\_\_ bloss ungenügend damit auseinander, dass sich gemäss dem operierenden Orthopäden keine Anzeichen von degenerativen Veränderungen gezeigt hätten. Der Hinweis auf eine fehlende histologische Untersuchung genügt in diesem Zusammenhang nicht. Die vom Vertrauensarzt zur Herleitung eines degenerativen Meniskusrisses angeführten Argumente sind beinahe ausschliesslich aus der medizinischen Theorie hergeleitet und nehmen kaum Bezug auf den konkreten Einzelfall. Auch in Bezug auf den Unfallmechanismus vermögen die Ausführungen des Vertrauensarztes nicht vollends zu überzeugen, zumal aufgrund der vorgenommenen Abklärungen zum Unfallhergang nicht klar wird, dass der geforderte Drehsturz nicht stattgefunden hat. Insbesondere jedoch setzt sich Dr. C.\_\_\_\_ nicht mit der relevanten Frage nach einer Teilkausalität des Unfallereignisses auseinander. Wie bereits in Erwägung 3.2 hiervor ausgeführt, gehören rechtsprechungsgemäss zu den leistungsbegründenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich nur, 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 2007 UV Nr. 28 S. 94; 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 ff.). Ob ohne das Unfallereignis vom 22. Mai 2019 jederzeit mit einem Meniskusriss bzw. mit dem Symptomatischwerden eines vorhandenen Meniskusrisses hätte gerechnet werden müssen, respektive, ob eine Operation des Meniskusses auch ohne das Unfallereignis im selben Zeitpunkt notwendig geworden wäre, wird in der versicherungsinternen Beurteilung nicht angesprochen. Damit besteht ein Defizit in der Ermittlung des medizinischen Sachverhaltes. Eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage ist folglich nicht möglich. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG, vgl. E. 4.1 hiervor) ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen in Bezug auf die Unfallkausalität zurückzuweisen.

## **E. 7**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann das Sozialversicherungsgericht nicht frei entscheiden, ob es eine Streitsache an die Verwaltung zurückweist. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen

Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt im vorliegenden Fall aber unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese muss die Unfallkausalität in Bezug auf die beim Versicherten über den 10. Juni 2019 hinaus bestehenden Beschwerden am rechten Knie und - falls ein natürlicher (Teil-)Kausalzusammenhang bejaht wird - die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands durch ein versicherungsexternes orthopädisches Gutachten abklären lassen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 8.1 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. 8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 31. Mai 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11 Stunden sowie Auslagen von Fr. 89.-- geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Demnach ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 3'057.60 (11 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 89.-- + 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 9.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen 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 öffentlich-rechtlichen 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 481 f. E. 4.2). 9.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen 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 erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird in

dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Juli 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'057.60 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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