

# **BL\_GERICHTE 725 21 177/297 vom 4. November 2021**

BL Gerichte, 2021-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_21\\_177\\_297](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_21_177_297)

FR: BL\_GERICHTE 725 21 177/297 du 4 novembre 2021

IT: BL\_GERICHTE 725 21 177/297 del 4 novembre 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 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 als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 3. Juni 2021 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die am 10. November 2020 gemeldeten Beschwerden, die der Beschwerdeführer auf das Unfallereignis vom 29. September 2017 zurückführt, zu Recht abgelehnt hat.

#### **E. 2.1**

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).

#### **E. 2.2**

Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher

Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2012, 8C\_714/2011, E. 3.2.1; BGE 118 V 269 f. E. 2c mit Hinweisen). Sind die geltend gemachten Beschwerden unter dem Titel Grundfall zu prüfen, obliegt es dem Versicherer darzutun, dass diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt. Die blossе Möglichkeit genügt nicht. Demgegenüber kann der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem 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 Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C\_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C\_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V

177 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 2.4**

Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden 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, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C\_337/2016, E. 4.1; Andreas Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479). Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2020, 8C\_669/2019, E. 4).

#### **E. 2.5**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. 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 nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C\_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 2.6**

Mit dem Erreichen des *Status quo sine vel ante* entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, Urteil des Bundesgerichts vom 21. Mai 2010, 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 sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung selbst dann 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, E. 6). Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor, 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). Mithin wird mit Art. 36 UVG das Kausalitätsprinzip 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 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 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. Die 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.

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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).

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 (ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen, BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). 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).

#### **E. 4**

Der strittigen Angelegenheit liegen im Wesentlichen die nachfolgend aufgeführten ärztlichen Unterlagen zu Grunde.

##### **E. 4.1**

Im Bericht vom 7. November 2017 hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Versicherte habe am 29. September 2017 ein Rotationstrauma des Kniegelenks links erlitten, als er mit dem Fuss zwischen zwei Platten eingeklemmt gewesen sei und sich nach links abgedreht habe; es sei auch zu einem Sturz auf das Kniegelenk gekommen. Initial habe er starke Schmerzen im gesamten Knie gehabt, die unter konservativer Therapie mit Analgesie langsam gebessert, jetzt jedoch wieder zugenommen hätten. Dr. C.\_\_\_\_ gab an, es liege differentialdiagnostisch am ehesten eine mediale Meniskusläsion am linken Knie vor.

##### **E. 4.2**

Nach Durchführung eines MRT des linken Kniegelenks hielt PD Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Radiologie, in seiner Beurteilung vom 9. November 2017 fest, im medialen Kompartiment liege eine horizontale Signalalteration im Hinterhorn des Innenmeniskus vor, welche vor allem die Basis erreiche, während die artikulareseitigen Oberflächen nur fraglich auf einer Schicht betroffen seien. Es finde sich in diesem Bereich eine leichte perimeniscale Weichteilreizung, jedoch kein subchondrales Knochenmarködem und kein Knorpelschaden; das Innenband sei intakt. Im lateralen Kompartiment seien die Verhältnisse lateral regelrecht, es zeige sich keine Meniskusläsion und kein Knorpelschaden, der Kapselbandapparat sei intakt. Zudem sei der Streckapparat intakt, es würden kein wesentlicher Gelenkserguss und keine Baker-Zyste vorliegen. In seiner Beurteilung gab er an, es liege ein Grenzbefund am Innenmeniskus vor, es zeige sich eine lineare Signalalteration im Hinterhorn vom Innenmeniskus, die die artikulareseitige Unterfläche nur auf einer Schicht erreiche. Die Risskriterien seien daher nicht erfüllt. Die restlichen Binnenstrukturen seien regelrecht und es finde sich kein relevanter Gelenkserguss.

##### **E. 4.3**

Dr. C.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 8. Januar 2018 an, der Versicherte sei relativ beschwerdearm, er habe Tage, an denen er überhaupt keine Schmerzen habe, je nach Belastung träten wieder etwas mehr Beschwerden auf. Zum Procedere hielt er fest, die Behandlung sei vorläufig abgeschlossen, sollte sich der Versicherte wieder melden, müsse die Indikation zur Kniearthroskopie erneut überprüft werden.

#### **E. 4.4**

Mit Bericht vom 6. Oktober 2020 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_\_ eine bekannte mediale, nicht durchgreifende Meniskusläsion links, jetzt wieder deutliche Verschlechterung. Er hielt zudem fest, der Versicherte sei seit der letzten Behandlung im Januar 2018 nie ganz beschwerdefrei gewesen, er habe jedoch keine wesentlichen Probleme gehabt. Seit etwa drei Wochen seien die Schmerzen medial am Knie links wieder deutlich stärker, es sei zum Teil auch zu Schwellungen gekommen.

#### **E. 4.5**

Nach einem MRT des linken Kniegelenks am 6. Oktober 2020 stellte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Radiologie, einen Horizontalriss im Hinterhorn des medialen Meniskus (kein evidenter Flap, keine Extrusion), jedoch keinen Anhalt für einen Knorpel- oder Bänderschaden, eine Fraktur oder einen Gelenkerguss fest.

#### **E. 4.6**

Die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 17. November 2020 aus, es seien über den gesamten Verlauf zwei MR-Bildgebungen des linken Kniegelenks durchgeführt worden. Aktuell sehe es eher so aus, dass es sich lediglich um eine horizontale Separation im Sinne der Anlage und nicht im Sinne eines unfallkausalen Zusammenhangs handle, weshalb keine Kostengutsprache für den operativen Eingriff zu gewähren sei. Sie habe zudem Dr. E.\_\_\_\_\_ um Beurteilung des MRI vom 6. Oktober 2020 mit Bezugnahme zum MRI vom 9. November 2017 gebeten.

#### **E. 4.7**

Gemäss Operationsbericht vom 22. Dezember 2020 nahm Dr. C.\_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2020 eine Teilmeniskektomie im Hinterhorn des medialen Meniskus links vor.

#### **E. 4.8**

In ihrer kreisärztlichen Stellungnahme vom 26. Januar 2021 hielt Dr. F.\_\_\_\_\_ fest, die erst- und echtzeitlich zeitnah durchgeführte Kernspintomographie des linken Kniegelenks zeige, wie der Radiologe PD Dr. D.\_\_\_\_\_ in seiner abschliessenden Beurteilung sehr schön beschreibe, einen Grenzbefund am Innenmeniskus. Es habe sich eine lineare Signalalteration im Hinterhorn des Innenmeniskus, welche jedoch nur auf einer Schichtbildgebung einen Bezug zur artikularseitigen Unterfläche aufweise, gezeigt. Aus radiologischer Sicht seien die Kriterien für eine Zerreissung also nicht erfüllt, das Erreichen der Unterfläche müsste, per international anerkannter radiologischer Definition einer Rissbildung, auf minimal zwei Schichtbildebeneen ersichtlich sein. Die Risskriterien als solche seien somit nicht erfüllt und es bestehe hier, radiologisch gesprochen, eine horizontale Meniskusseparation im Sinne einer Meniskopathie. Horizontale Meniskusseparationen seien in der Literatur hinlänglich bekannt und auf eine ursprüngliche Intrasubstanzseparation zurückzuführen. Sie seien Ausdruck eines degenerativen Prozesses, welcher infolge repetitiver Mikrotraumata zustande gekommen sei. Des Weiteren würden keine Begleitphänomene wie Bone bruise, Hämarthros, Muskelblutungen, Weichteilschwellung etc. vorliegen. Solche zusätzlichen Begleitphänomene würden Anhaltspunkte für eine erhebliche traumatische Ursache unterstützen. Die hier nachgewiesene horizontale Signalvermehrung sei degenerativ bedingt und das Ereignis vom 29. September 2017 habe aufgrund der fehlenden radiologischen Rissdefinition lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, ohne Hinterlassen von

objektivierbaren strukturellen Läsionen. Des Weiteren sei das Schadenereignis zu diskutieren, gemäss Behandler habe es sich um eine Distorsion gehandelt bei fixiertem Fuss zwischen zwei Platten. Nach Dr. F.\_\_\_\_\_ fehle die axiale Stossbelastung, die zusätzlich notwendig sei, um einen Meniskus traumatisch zum Zerreißen zu bringen. Das genannte Schadenereignis sei also zusätzlich nicht geeignet, eine Meniskusläsion hervorzurufen, wäre sie denn radiologisch auch nachgewiesen. Die vorübergehenden Beschwerden seien am 8. Januar 2018 abgeklungen und der Vorzustand der Meniskopathie erreicht worden. Im weiteren Verlauf sei es durch Fortschreiten der Meniskopathie jedoch zu einer radiologisch nachgewiesenen Rissbildung gekommen, deren Ursprung jedoch im Fortschreiten der Meniskopathie und nicht im Fortschreiten eines jemals nachgewiesenen traumatisch bedingten Risses liege. Insgesamt könnten die geltend gemachten Beschwerden am linken Kniegelenk nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. September 2017 zurückgeführt werden.

#### **E. 4.9**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm mit Schreiben vom 3. März 2021 Stellung zur Unfallkausalität. Er führte aus, der Patient habe am 29. September 2017 folgendes Trauma erlitten: Während der Arbeit hätte ein Regalgerüst installiert werden sollen. Der Versicherte habe hierbei ein Tablar von ca. 30kg Gewicht getragen, als er über eine Schwelle gestolpert sei. In der Folge sei es zu einer Distorsion des linken Kniegelenks mit entsprechend belasteter Flexion und Rotationseinwirkung auf das Kniegelenk gekommen. Der Versicherte habe einen sofortigen medialisseitigen Schmerz mit einem deutlichen Geräusch und anschliessender Schwellung sowie Schmerzen über dem medialen Gelenkspalt verspürt. Der Unfallmechanismus sei klar passend zur Verletzung eines Horizontalrisses des medialen Meniskus im Sinne einer Malmbewegung und entsprechender Zerreißen des Meniskus. Diese Rissform lasse sich bereits eindeutig im MRI vom 9. November 2017 nachweisen. In dieser MRI-Untersuchung habe sich keinerlei weitere degenerative Veränderung des Kniegelenks gezeigt, zumal der Versicherte mit seinen damals 38 Jahren auch keinerlei Vorschädigungen oder vorgängigen Verletzungen aufgewiesen habe. Die MRI-Untersuchung sei leider erst deutlich verzögert angefertigt worden, da der Versicherte versucht habe, selbständig zurechtzukommen. In der Familie seien einige Kniegelenksbehandlungen nicht optimal verlaufen, sodass er einen operativen Eingriff habe vermeiden wollen. Dies habe auch die weitere Behandlungszeit geprägt. Letztlich sei der Versicherte jedoch bei persistierenden Beschwerden des medialen Kniegelenkskompartiments nie beschwerdefrei gewesen, sodass im Oktober 2020 eine erneute MRI-Untersuchung erfolgt sei. Hier habe sich klar erkennbar die gleiche mediale Meniskusläsion, wie sie bereits 2017 festgestellt worden sei, gezeigt, nun mit deutlicher Demarkation. Die Beschwerden seien durch die Operation vom 10. Dezember 2020 erfolgreich behandelt worden. Aufgrund des klaren Verlaufs und der hochgradig vorliegenden Plausibilität des Unfallmechanismus mit dem Verletzungsmuster unter Berücksichtigung des jungen Alters und keinerlei weiteren vorliegenden degenerativen Veränderungen sehe er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 29. September 2017 und den anschliessend aufgetretenen Beschwerden des linken Kniegelenks, welche zu den besagten Behandlungen geführt hätten.

#### **E. 5**

Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die beklagten Beschwerden würden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 29. September 2017 stehen. Vielmehr seien die im Oktober 2020 erhobenen Befunde degenerativer Natur. Der Unfall habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestandenen Beschwerden geführt.

### **E. 5.1**

Selbst wenn die beklagten Beschwerden überwiegend auf eine Degeneration zurückzuführen wären, müsste berücksichtigt werden, dass es für die Frage der Kostenpflicht bezüglich Heilbehandlung und Taggeld-Leistungen genügt, wenn der Unfall eine Teilursache darstellt: Art. 36 Abs. 1 UVG bestimmt in diesem Sinn, dass die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt werden, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist. Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung auszugehen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal.

### **E. 5.2**

Mit Blick auf diese Vorgaben bezüglich Teilkausalität reicht es zur Begründung des Wegfalls des Kausalzusammenhangs nicht aus, wenn Dr. F.\_\_\_\_ knapp und ohne Begründung auf das Vorliegen von unfallfremden Faktoren (degenerative Veränderungen) verweist und in ihrer Beurteilung ausführt, im MRT vom 9. November 2017 seien die Risskriterien nicht erfüllt, obschon in diesem Bericht ausgeführt wird, dass die Risskriterien lediglich nicht ganz erfüllt seien. Denn selbst wenn die beklagten Beschwerden überwiegend auf eine Degeneration zurückzuführen wären, finden sich in den Akten einige Indizien, die das Unfallereignis vom 29. September 2017 zumindest teilkausal für die im Oktober 2018 gemeldeten Beschwerden erscheinen lassen. So handelt es sich um das gleiche Kniegelenk (links) und beim ersten MRT vom 9. November 2017 wurden bereits Verletzungen festgestellt. Ferner bestehen keine Hinweise auf degenerative Veränderungen bzw. Ausführungen der untersuchenden Ärzte, dass ein krankhafter Vorzustand bestanden hätte. Hinzu kommt, dass Dr. F.\_\_\_\_ keine Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ist, die behandelnden Ärzte indes schon. Ihren übereinstimmenden Einschätzungen ist daher mehr Gewicht zuzumessen.

### **E. 5.3**

Zur Kernfrage, ob der Unfall die behauptete Degeneration aktiviert hat, sodass die Operation erforderlich wurde, äussert sich die Kreisärztin ebenfalls nicht. Selbst wenn davon auszugehen ist, dass tatsächlich erhebliche degenerative Veränderungen vorliegen, die früher oder später auch ohne Unfall einen operativen Eingriff notwendig gemacht hätten, so würde die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ für die Verneinung des Kausalzusammenhangs nicht ausreichen. Denn auch wenn mit dem Unfall lediglich eine vorbestehende Erkrankung aktiviert worden wäre, müsste für die Verneinung der Leistungspflicht überwiegend wahrscheinlich feststehen, dass die Operation auch ohne Unfall ebenfalls bereits im Dezember 2020 notwendig geworden wäre. Den Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ sind diesbezüglich keine Ausführungen zu entnehmen. Gestützt auf die obigen Ausführungen ist der Nachweis, dass die Teilmeniskektomie vom 10. Dezember 2020 zur gleichen Zeit notwendig geworden wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte, mit der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ nicht erbracht.

#### **E. 5.4**

Die Einschätzungen von Dr. F.\_\_\_\_ als beratende Ärztin der Beschwerdegegnerin sind als versicherungsinterne ärztliche Feststellungen zu qualifizieren. Gestützt auf die obigen Ausführungen bestehen berechnigte, zumindest geringe Zweifel an ihrer Beurteilung. Einerseits, weil sie von ausschliesslich unfallfremden Faktoren ausgeht, ohne deren Vorliegen im konkreten Fall näher zu begründen, und andererseits, weil sie nicht in Betracht gezogen hat, dass auch schon eine Teilkausalität für die Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt. Damit kann auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. Gestützt auf die Unfallmeldung und die sich in den Akten befindlichen Arztberichte ist davon auszugehen, dass das Kniegelenk beim Ereignis vom 29. September 2017 in Mitleidenschaft gezogen wurde, und es ist somit vertieft abzuklären, ob dieses Ereignis (teil)kausal zu den im Oktober 2020 gemeldeten Beschwerden und der anschliessenden Operation im Dezember 2020 geführt hat.

#### **E. 5.5**

Zusammenfassend besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Eine abschliessende Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage ist daher nicht möglich. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen in Bezug auf die (Teil-)Ursächlichkeit vorzunehmen. 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 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 wird die Unfallkausalität und insbesondere auch die Teilkausalität der beim Versicherten bestehenden Beschwerden am linken Kniegelenk und die dadurch notwendig gewordene Operation durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch des Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

#### **E. 6**

Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden.

##### **E. 6.1**

Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an den Versicherungsträger zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig)

obsiegende und der Versicherungsträger als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 f., BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen; Susanne Bolliger, Basler Kommentar zum ATSG, Rz. 79 zu Art. 61 ATSG).

### **E. 6.2**

Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

### **E. 6.3**

Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Darunter sind die Kosten zu verstehen, die einer Beschwerde führenden versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwalts entstanden sind. Da der obsiegende Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist, sind ihm vorliegend keine Parteikosten entstanden. 7.1 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 (Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden 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). 7.2 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 der Suva vom 6. Mai 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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