

BL_GERICHTE 725 23 137 / 239 vom 19. Oktober 2023

BL Gerichte, 2023-10-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_23_137___239

FR: BL_GERICHTE 725 23 137 / 239 du 19 octobre 2023

IT: BL_GERICHTE 725 23 137 / 239 del 19 ottobre 2023

Regeste

Würdigung des medizinischen Sachverhalts / Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers setzt sowohl beim Grundfall als auch beim Rückfall voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den - weiterhin bzw. erneut - zu behandelnden Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht

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 F. (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 15. Mai 2023 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die vom Versicherten im Herbst 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden zu Recht abgelehnt hat. 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. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). 3.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982

werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt. Dabei handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt.

E. 4

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 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. 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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu

E. 4 hiervor) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.2 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). 5.3 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 darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). 5.4 Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass Rückfälle begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, 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). 6.1. Wie eingangs erwähnt, erlitt der Versicherte am 29. September 2017 einen Unfall. Nach Eingang der Unfallmeldung hatte die

Beschwerdegegnerin für die Folgen des Ereignisses die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung erbracht. Am 8. Januar 2018 berichtete der behandelnde Arzt Dr. D. der Beschwerdegegnerin, dass die medizinische Behandlung "vorläufig" abgeschlossen werde. Der Patient sei "jetzt relativ beschwerdearm" geworden. Es sei vereinbart, dass er sich bei erneuter Schmerzhaftigkeit medial melden werde, in diesem Fall müsse die Indikation zur Kniearthroskopie erneut überprüft werden. Zu einem formellen Fallabschluss seitens der Beschwerdegegnerin kam es nach Eingang dieses Schreibens nicht. Am 5. Oktober 2020 suchte der Versicherte wegen Beschwerden am linken Knie erneut Dr. D. auf. Nachdem er der Beschwerdegegnerin die Wiederaufnahme der Behandlung gemeldet hatte, ersuchte diese den Versicherten, bei seiner Arbeitgeberin eine Rückfallmeldung zu veranlassen, worauf diese am 10. November 2020 die entsprechende Meldung erstattete.

6.2. In Anbetracht des geschilderten Ablaufs stellt sich die Frage, ob die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die vom Versicherten im Herbst 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden (noch) unter dem Grundfall oder aber im Rahmen eines Rückfalls zu beurteilen ist. Wie aufgezeigt, hatte die Beschwerdegegnerin den Grundfall im Januar 2018 nach Eingang des Berichts von Dr. D. vom 8. Januar 2018, wonach "vorläufig" keine weiteren ärztlichen Behandlungen erforderlich seien, stillschweigend abgeschlossen. Dass der Unfallversicherer den Fall auf diese (formlose) Art erledigte, ist durchaus nachvollziehbar, wenn man sich vor Augen hält, dass es sich beim Ereignis vom 29. September 2017 um einen vergleichsweise harmlosen Unfall handelte, der keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte und der zudem eine lediglich kurze und wenig aufwändige medizinische Behandlung nach sich zog. Vor diesem Hintergrund spricht einiges dafür, die im Herbst 2020 erfolgte Mitteilung des Versicherten, wonach er wegen Kniebeschwerden links erneut Dr. D. aufgesucht habe, formell als Rückfallmeldung zu behandeln und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entsprechend unter dem Titel des "Rückfalls" zu beurteilen. Wie weiter unten (vgl. E. 9.4 hiernach) zu zeigen sein wird, kann diese Frage letztlich aber offen bleiben.

7.1 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 (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 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 143 V 124 E. 2.2.2).

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 mit Hinweis).

7.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche

Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

8.1. In Nachachtung des kantonsgerichtlichen Rückweisungsentscheids vom 4. November 2021 holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. E. das orthopädische Gutachten vom 15. Juli 2022 ein. Darin diagnostizierte der genannte Facharzt beim Versicherten eine Kniedistorsion links und eine mediale Meniskusläsion Knie links. In seiner Beurteilung gelangte er auf die Frage der Beschwerdegegnerin nach der Unfallkausalität der von ihm festgestellten Gesundheitsschäden zum Ergebnis, dass die diagnostizierte mediale Meniskusläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 29. September 2017 verursacht worden sei. Es sei zwar zu anerkennen, dass der Versicherte anlässlich des genannten Unfallereignisses ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenkes erlitten habe, welches zwanglos geeignet sei, eine Meniskusschädigung hervorzurufen. Eine solche habe jedoch frühestens in der Arthroskopie vom 20. Dezember (richtig: 10. Dezember) 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden können, also in einem Zeitpunkt, in welchem der natürliche Verlauf von krankhaften Signalstörungen der Menisken dazu führe, dass sich diese an die Ober- oder Unterfläche ausdehnen würden, wo sie unabhängig ihrer Ursache als Risse bezeichnet würden. Daraus ergebe sich, dass eine solche Schädigung, wie sie anlässlich der Arthroskopie festgestellt worden sei, nur möglicherweise anlässlich des MRI vom 9. November 2017 bestanden habe und damit ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vermutet werden könnte. Selbst wenn dies der Fall wäre, so könne die festgestellte Horizontalruptur nicht dem Unfallereignis angelastet werden, weil eine solche anerkanntermassen krankhafter Natur und deswegen nur möglicherweise unfallkausal sei. Die weitere Frage der Beschwerdegegnerin, ab wann Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine ursächliche Rolle mehr gespielt hätten, beantwortete Dr. E. dahingehend, dass der Versicherte anlässlich des Unfallereignisses eine Distorsion seines linken Kniegelenks erlitten habe, ohne dass man in der Folge strukturelle unfallbedingte Schädigungen habe erkennen können. Es könne davon ausgegangen werden, dass die durch die Distorsion hervorgerufenen Beschwerden spätestens am 8. Januar 2018 abgeheilt gewesen seien. An diesem Tag habe der Behandler Dr. D. den Zustand als "relativ beschwerdearm, mit Tagen, an denen überhaupt keine Schmerzen bestehen", beschrieben. Danach hätten nur noch die durch die überwiegend krankhafte Schädigung des Meniskus hervorgerufenen Beschwerden weiterbestanden. Die abschliessende Frage der Beschwerdegegnerin, ob die Operation vom 10. Dezember 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund des Unfallereignisses vom 29. September 2017 in diesem Zeitpunkt notwendig geworden sei, verneinte Dr. E. .

8.2. Nach Erhalt des Gutachtens von Dr. E. holte der Beschwerdeführer bei Dr. med. G. , Orthopädische Chirurgie FMH, eine Stellungnahme zur Unfallkausalität der im Dezember 2020 operierten Meniskusschädigung ein. Der genannte Facharzt, der den Versicherten anstelle von Dr. D. neu behandelt, wies in seinem Schreiben vom 28. September 2022 vorab daraufhin, dass im Operationsbericht von Dr. D. vom 22. Dezember 2020 ein klarer Unfallmechanismus mit forciertem Rotationsbewegung des linken Kniegelenks am 29. September 2017 festgehalten werde.

Ebenso werde in diesem Bericht - bis auf die nachgewiesene horizontale Rissbildung, die entsprechend angegangen worden sei - eindeutig ein inspektorisch unauffälliger Aspekt des Meniskus beschrieben. Das restliche Gelenk habe sich in der Arthroskopie vollständig unauffällig, ohne Anzeichen einer Degeneration, gezeigt. Es habe eine eindeutige Rissbildung des Meniskus vorgelegen. Überwiegend wahrscheinlich sei mindestens eine richtungsweisende Verschlimmerung, selbst wenn ein minimaler degenerativer Vorzustand des medialen Meniskus im Sinne einer mukoiden Degeneration, welche in der Regel nicht durchgängig sei, vorliegen habe. Und selbst wenn von einem degenerativen Vorzustand ausgegangen werden sollte, schliesse dies nachweislich eine Unfallkausalität nicht aus. Letztendlich seien aus seiner Sicht die Darstellungen und Befunde eindeutig überwiegend wahrscheinlich unfallkausal und nicht degenerativ, wie dies in der Expertise von Dr. E. dargestellt werde. Auch die diversen Literaturangaben des Gutachters würden den Beweiswert seiner Ausführungen nicht erhöhen, da sie schlichtweg falsch angewendet würden. Seine Erfahrung als Operateur zeige zudem eindeutig, dass Horizontalrisse posttraumatisch sein könnten und keineswegs "nur" rein degenerativer Natur seien. Dies könnte durch zahlreiche eigene Fälle und auch in der Literatur eindeutig bewiesen werden. Schliesslich entspreche allein schon der Begriff der "Ruptur" nicht einem degenerativen, sondern einem traumatischen Umstand durch eine entsprechende Krafteinwirkung (Zerreissung).

8.3 Am 30. März 2023 nahm der Gutachter Dr. E. auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin zu den vorstehend wiedergegebenen Ausführungen von Dr. G. Stellung. Einleitend bestätigte er dessen Auffassung, dass es sich im Falle des Versicherten um einen Unfallmechanismus gehandelt habe, der geeignet sei, eine Meniskusruptur hervorzurufen. Der Nachweis einer Horizontalläsion könne jedoch eine Unfallkausalität nicht begründen. Er habe im Gutachten unter Hinweis auf die Literatur aufgezeigt, weswegen eine Horizontalläsion des Meniskus überwiegend wahrscheinlich krankhafter Natur sei. Es handle sich um anerkannte Literaturverweise, wieso diese "schlichtweg falsch angewendet" worden seien, erschliesse sich nicht und werde auch nicht begründet. Im Weiteren sei er im Gutachten ausführlich darauf eingegangen, weshalb im MRI vom 9. November 2017 nicht von einem Meniskusriss ausgegangen werden könne. Demgegenüber lasse Dr. G. eine Begründung seiner gegenteiligen Auffassung, wonach in diesem MRI ein eindeutiger Meniskusriss nachgewiesen worden sei, vermissen. Es müsse daher daran festgehalten werden, dass in diesem MRI kein Meniskusriss gemäss anerkannter Definition habe nachgewiesen werden können. Zustimmung könne er Dr. G. , wenn dieser auf die Überlegenheit der Arthroskopie gegenüber dem MRI in der Diagnostik der Meniskusklassion hinweise. Hingegen vermöge die arthroskopische Feststellung eines Meniskusrisses mehr als drei Jahre nach einem Unfallereignis und drei Jahre nachdem ein MRI keinen Meniskusriss gemäss Definition gezeigt habe, keine überwiegend wahrscheinliche Kausalitätsbegründung zu liefern. Ebenso schliesse der Umstand, dass arthroskopisch keine anderweitigen krankhaften Schädigungen festgestellt worden seien, eine krankhafte Meniskusschädigung nicht aus, auch wenn in solchen Fällen mit einer um 2 / 3 niedrigeren Prävalenz zu rechnen sei. Dasselbe gelte, wie im Gutachten dargelegt, auch in Bezug auf das Alter des Versicherten. Ebenfalls nicht beigeplichtet werden könne Dr. G. , soweit dieser geltend mache, es sei selbst bei Vorliegen eines minimalen degenerativen Vorzustands des medialen Meniskus im Sinne einer mukoiden Degeneration, die in der Regel nicht durchgängig sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens von einer richtungsweisenden Verschlimmerung auszugehen. Entgegen der Darstellung von Dr. G. könne keineswegs von einem minimalen Vorzustand gesprochen werden. Dr. G. anerkenne,

dass mukoide Degenerationen im MRI nicht durchgängig seien, es handle sich dabei, wie im Gutachten dargelegt, definitionsgemäss um Grad II-Läsionen, die vorliegend über das gesamte Hinterhorn des Meniskus zur Darstellung kommen würden. Nichts zu seinen Gunsten ableiten könne Dr. G. schliesslich mit dem Hinweis, dass allein schon der Begriff der "Ruptur" nicht einem degenerativen, sondern einem traumatischen Umstand durch eine entsprechende Krafteinwirkung (Zerreissung) entspreche. Diese Begründung könnte nur überzeugen, wenn die degenerativen Substanzunterbrechungen nicht - wie üblich - auch als Rupturen bezeichnet würden. Solange kein Konsens darüber bestehe, dies nicht zu tun, könne der Begriff der "Ruptur" für sich allein kein Kausalitätsmerkmal sein.

Zusammenfassend könne deshalb, so das Fazit von Dr. E. , daran festgehalten werden, dass das Unfallereignis vom 29. September 2017 nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit die am 10. Dezember 2020 behandelte Meniskusschädigung bewirkt habe.

9.1. Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. April 2023 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen Dr. E. in seinem orthopädischen Gutachten vom 15. Juli 2022 gelangte. Sie ging demzufolge davon aus, dass die vom Versicherten im Herbst 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden bzw. die am 10. Dezember 2020 arthroskopisch behandelte Meniskusschädigung links nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. September 2017 stünden. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 7.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das orthopädische Gutachten von Dr. E. vom 15. Juli 2022 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 7.1 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und es setzt sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Inhaltlich ist das Gutachten widerspruchsfrei; ebenso leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und insbesondere in der Beurteilung der strittigen Kausalitätsfrage ein.

9.2. Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens von Dr. E. vom 15. Juli 2022 in Frage zu stellen. Er beruft sich vor allem auf die Ausführungen von Dr. G. vom 28. September 2022 (vgl. E. 8.2 hiervor), der die arthroskopisch behandelte Meniskusschädigung links - im Gegensatz zu Dr. E. - als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal beurteilt. Dieser Einschätzung des behandelnden Arztes kann jedoch nicht beigespflichtet werden. Der Gutachter Dr. E. setzt sich in seiner Stellungnahme vom 30. März 2023 ausführlich mit der abweichenden Beurteilung von Dr. G. auseinander und widerlegt dabei mit schlüssigen Argumenten dessen Kausalitätsbeurteilung. An dieser Stelle kann vollumfänglich auf die überzeugenden, vorstehend (vgl. E. 8.3 hiervor) wiedergegebenen gutachterlichen Ausführungen verwiesen und entsprechend von Weiterungen hierzu abgesehen werden. Lediglich zur Ergänzung sei noch festgehalten, dass Dr. E. seine Argumente, so insbesondere etwa die Darstellung, wonach eine Horizontalläsion des Meniskus überwiegend wahrscheinlich krankhafter Natur sei, mit medizinischer Fachliteratur untermauert. Demgegenüber macht Dr. G. zwar

geltend, dass seine diesbezüglich abweichende Auffassung "auch in der Literatur eindeutig bewiesen werden könnte", er unterlässt es jedoch, auch nur eine entsprechende Quelle aus der Fachliteratur zu nennen. 9.3 Somit kann in medizinischer Hinsicht als (Zwischen-) Ergebnis festgehalten werden, dass die vom Versicherten im Jahre 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden und die am 10. Dezember 2020 arthroskopisch behandelte Meniskusläsion links nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. September 2017 zurückzuführen sind. 9.4 Unter diesen Umständen kann die oben (vgl. E. 6.2 hiervor) aufgeworfene Frage, ob die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die vom Versicherten im Herbst 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden (noch) unter dem Grundfall oder aber im Rahmen eines Rückfalls zu beurteilen ist, offen bleiben. Wie dargelegt (vgl. E. 5.1 bzw. E. 5.4 hiervor), setzt die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers in beiden Konstellationen, d.h. sowohl beim Grundfall als auch beim Rückfall, voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und den - weiterhin bzw. erneut - zu behandelnden Gesundheitsbeeinträchtigungen ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Gemäss den vorstehenden Ausführungen ist ein solcher vorliegend aber nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 10. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass es die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. April 2023 zu Recht abgelehnt hat, dem Versicherten für die im Jahre 2020 geklagten linksseitigen Kniebeschwerden und die am 10. Dezember 2020 arthroskopisch behandelte Meniskusläsion links Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss. 11. Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2 bis für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozess-ausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteienschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

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