

GR_GERICHTE S 2014 176 vom 24. September 2015

GR Gerichte, 2015-09-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2014 176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2014_176)

FR: GR_GERICHTE S 2014 176 du 24 septembre 2015

IT: GR_GERICHTE S 2014 176 del 24 settembre 2015

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 30

März 2012 E.4, 8C_199/2011 vom 9. August 2011 E.2, 8C_185/2010 vom 16. Juni 2010 E. 5). b) Um abzuklären, ob die vom Beschwerdeführer seit Juni 2013 beklagten Kniebeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2009 zurückzuführen sind, holte die Beschwerdegegnerin zunächst eine ärztliche Kurzbeurteilung bei Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, Fähigkeitsausweis Manuelle Medizin (SAMM), ein (Bg-act. Register 2/M16) und stellte auf deren Grundlage die Ablehnung der begehrten Versicherungsleistungen in Aussicht (Bg-act. Register 1/2). Nachdem der Beschwerdeführer mit dieser Beurteilung nicht einverstanden war (vgl. Einwand vom 30. Mai 2014 [Bg-act. Register 1/28]), beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. med. E. _____ mit der Ausarbeitung eines Aktengutachtens. Im fraglichen Gutachten vom 23. Juni 2014 (Bg-act. Register 2/M 17) führte Dr. med. E. _____ nach Zusammenfassung der ihm vorgelegten Arztberichte im Wesentlichen aus, der Versicherte habe sich am 10. September 2009 bei einem Sprung im Schwimmbad

- 13 - das rechte Knie verdreht. Radiologisch-konventionell hätten sich in den daraufhin durchgeführten Untersuchungen regelrechte Artikulationsverhältnisse ergeben. Bestanden habe eine leichte Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes, ferner eine geringe periartikuläre Weichteilschwelung. Im tags darauf durchgeführten MRI habe sich im lateralen Tibiaplateau ein ausgestanzt erscheinender Knorpeldefekt von ca. 11 mm Grösse gezeigt. Angrenzend sei im lateralen Tibiaplateau ein diskret begleitetes Knochenmarksödem in Form eines Bone Bruise festgestellt worden. Damit sei eindeutig belegt, dass es unfallbedingt zu einem Schaden des Knorpels des lateralen Tibiaplateaus gekommen sei. Demgegenüber sei die retropatellär beschriebene Knorpelschädigung nicht unfallkausal, fehle es hier doch an einem Knochenmarksödem. Zu Recht werde diesbezüglich von einer Chondropathie Grad III gesprochen. Der Versicherte sei zudem auch nicht auf die Kniescheibe gefallen. Die Tatsache, dass im Arthro-CT von einer starken Auffaserung und einer Usurierung des retropatellären Knorpelschadens gesprochen werde, stehe im Einklang mit einer degenerativ bedingten Pathologie (Bg-act. Register 2/M17 S. 6). Dass die nachgewiesenen Knorpelfragmente zu Kniegelenksblockierungen geführt hätten, liege in der Natur der Sache. Unverständlich sei, dass klinisch eine Patellaluxation bzw. Patellasubluxation in Betracht gezogen worden sei. Hinweise dafür fehlten radiologisch. In der Regel komme es bei solchen Verletzungen zu einem erheblichen Schärmechanismus mit Knorpelschäden an der lateralen Patellafacette und damit verbunden zwangsläufig zu Knochenmarksödemen und zur Ruptur des medialen

patellofemorales Ligament. Hinweise für eine Patellaluxation bzw. –subluxation ergäben sich aus dem MRI nicht. Die posttraumatisch bestehenden Kniegelenksblockierungen seien zweifellos auf die freien Gelenkkörper zurückzuführen, die durch den Defekt des lateralen Tibiaplateaus verursacht worden seien. Am 16. Juli 2013 sei der Versicherte nun nicht mehr durch Dr. med. H. _____ behandelt worden, sondern durch Dr. med. I. _____ von der Klinik G. _____, der am 17. Juli 2013 ein MRI veranlasst

- 14 - habe. Als Hauptbefund habe eine fortgeschrittene Femoropatellararthrose mit Knorpelschäden Grad III-IV retropatellär sowie an der Trochlea bei ungünstiger femoropatellärer Statik imponiert. Die Trochlea sei abgeflacht. Zusätzlich hätten sich Insertionstendinopathien des Ligamentum patellae am Patellaunterpol gezeigt. Zum Teil seien bis auf den Knochen reichende Knorpelschäden sichtbar gewesen, so dass die unter dem Knorpel liegende subchondrale Schicht bereits mit einer schmerzhaften Bone bruise reagiert habe. Dieser Befund eines massiven retropatellären Knorpelschadens bestehe weiterhin unfallunabhängig. Dass der Versicherte damit Schmerzen habe, vor allem beim Treppauf- sowie Treppabgehen und beim Wandern, liege auf der Hand. Der ehemals geschädigte laterale Knorpel des Tibiaplateaus stelle sich dagegen nicht mit größeren Defekten dar. Damit sei eindeutig belegt, dass die degenerativ bedingten Knorpelschäden seit 2009 zugenommen hätten. Teilkausal wirke dabei die Trochleadysplasie mit. Die Gelenkfläche sei abgeflacht. Insofern lägen die Knorpelschäden vor allem auch an der lateralen Patellafazette vor, da tendenziell die Kniescheibe lateral vermehrt abrutsche. Aufgrund dieses Sachverhalts sei die D. _____ zu Recht davon ausgegangen, dass die Rückfallkausalität für die inzwischen verstärkte Schmerzsymptomatik nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10. September 2009 bezogen werden könne, bei dem ausschliesslich das laterale Tibiaplateau geschädigt worden sei (Bg-act. Register 2/M17 S. 7). c) Diese Ausführungen von Dr. med. E. _____ sind in Bezug auf die im vorliegenden Verfahren strittige Frage, ob die seit Juni 2013 vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden auf die am 10. September 2009 erlittene Knieverletzung zurückzuführen sind, vollständig, in sich schlüssig und nachvollziehbar. Mit abweichenden Meinungen und Stellungnahmen hat sich Dr. med. E. _____ im Gutachten vom 23. Juni 2014 auseinandergesetzt und begründet, weshalb er diese als unzutreffend erachtet. Dabei hat er das Für und Wider der im Raum stehenden medizinischen Schluss-

- 15 - folgerungen sorgfältig gegeneinander abgewogen und begründet, weshalb er von zwei Knorpelschäden unterschiedlicher Genese ausgeht. Dabei führt er überzeugend aus, dass nur der Defekt am lateralen Tibiaplateau mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 10. September 2009 zurückzuführen ist, während hinsichtlich des nach dem interessierenden Unfallereignis festgestellten retropatellären Knorpelschadens von einer degenerativen Pathologie auszugehen ist, die seit dem Unfallereignis vom 10. September 2009 fortgeschritten und für die derzeitigen Kniebeschwerden des Beschwerdeführers (mit)verantwortlich ist. Das Verwaltungsgericht sieht keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. E. _____ zu zweifeln. Die Beschwerdegegnerin hat dem Aktengutachten von Dr. med. E. _____ vom 23. Juni 2014 folglich zu Recht vollen Beweiswert zuerkannt. d) Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise. Soweit er moniert, die Beschwerdegegnerin habe ein Aktengutachten ohne vorherige Mitteilung erstellen lassen, ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. E. _____ im Gutachten vom 23.

Juni 2014 (Bg-act. Register 2/M 17) als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin geäußert hat. Ihm kommt folglich im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht die Stellung eines unabhängigen Gutachters oder Sachverständigen zu. Vielmehr ist er einem versicherungsinternen Arzt gleichzusetzen, weshalb die Beschwerdegegnerin bei dessen Beauftragung und Instruktion die sich aus Art. 44 ATSG ergebenden Parteirechte nicht beachten muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E.3.2.1). Sie war daher nicht gehalten, den Beschwerdeführer vor der Beauftragung von Dr. med. E._____ anzuhören oder ihn auch nur über das in Auftrag gegebene Gutachten zu informieren. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der Beauftragung von Dr. med. E._____ ist folglich nicht zu beanstanden.

- 16 - aa) Der Beschwerdeführer erachtet seine Parteirechte im Weiteren als verletzt, weil die Beschwerdegegnerin den massgeblichen Sachverhalt unzureichend abklärt habe. Diesbezüglich bringt der Beschwerdeführer zunächst vor, in den Akten befänden sich nur wenige und nicht ausführliche medizinische Dokumente, welche die Kniebehandlung nach dem Unfall vom 10. September 2010 betreffen. Im Übrigen hätte Dr. med. E._____ sein Gutachten ohne Kenntnisnahme des Operationsberichts vom 25. September 2009 verfasst, den die Beschwerdegegnerin erst nachträglich auf Drängen des Beschwerdeführers eingeholt habe. Rechtsprechungsgemäss ist für den Beweiswert eines Gutachtens unter anderem entscheidend, ob es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist. Ein Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, ist unvollständig. Ihm fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft, weshalb es zum Nachweis des rechtserheblichen Sachverhalts nicht genügt (BGE 125 V 351 E.3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2008 E.3.3). Vorliegend steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin nach dem Unfall vom 10. September 2009 die Kosten für mehrere bildgebende Abklärungen übernommen (MRI vom 15. September 2009, CT rechts vom 22. September 2009, Kernspintomographie des rechten Kniegelenks vom 16. Juli 2013) und eine diagnostische Kniearthroskopie (Arztbericht vom 25. September 2009 [Bg-act. Register 2/M6], Operationsbericht vom 25. September 2009 [Bg-act. Register 2/M18]) bezahlt hat. Die Arztberichte zu diesen Untersuchungen (vgl. Arztbericht vom 15. September 2009 [Bg-act. Register 2/M2], Arztbericht vom 22. September 2009 [Bg-act. Register 2/M4], Arztbericht vom 16. Juli 2013 [Bg-act. Register 2/M13]) hat die Beschwerdegegnerin, mit Ausnahme des Operationsberichts vom 25. September 2009, eingeholt und Dr. med. E._____ zusammen mit den Arztberichten zum postoperativen Verlauf, dem Arzteugnis UVG vom 19. September 2013 sowie dem Arztbericht der Klinik G._____ vom 16. Juli 2013 zur Verfügung gestellt.

- 17 - Aufgrund dieser medizinischen Unterlagen war Dr. med. E._____ in der Lage, sich einerseits ein Bild über Art und Umfang der am 10. September 2009 erlittenen Knieverletzung zu machen, andererseits die Ursache für die vom Beschwerdeführer seit Juni 2013 beklagten Kniebeschwerden festzustellen. Damit standen Dr. med. E._____ sämtliche massgeblichen medizinischen Akten zur Verfügung. Daran ändert nichts, dass Dr. med. E._____ keine Kenntnis vom Operationsbericht der Klinik Oberengadin vom 25. September 2009 hatte. Denn um einem fachärztlichem Gutachten volle Beweiskraft zuzuerkennen, ist es nicht erforderlich, dass dem begutachtenden Arzt sämtliche bei irgendeiner Versicherung oder bei irgendeiner medizinischen Fachperson allenfalls vorhandenen Akten vorliegen, würde doch ansonsten die Durchführung einer rechtskonformen Begutachtung massiv erschwert und in vielen Fällen gar verunmöglicht

(Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2008 vom 8. April E.3.2). Es genügt, wenn dieser – wie vorliegend – über die für eine Beurteilung erforderlichen Unterlagen verfügt. bb) Soweit der Beschwerdeführer dagegen einwendet, der Operationsbericht vom 25. September 2009 hätte wesentliche Informationen enthalten, welche aus den übrigen medizinischen Unterlagen nicht hervorgegangen seien und dem Gutachter zur Kenntnis hätten gebracht werden müssen, kann ihm nicht zugestimmt werden, enthält doch der vom Dr. med. H._____ als Leiter der Orthopädie/Traumatologie verfasste Operationsbericht vom 25. September 2009 (Bg-act. Register 2/M18) im Wesentlichen dieselben Informationen wie der gleichentags verfasste Austrittsbericht des Spitals Oberengadin, den Dr. med. H._____ mitunterzeichnet hat (Bg-act. Register 2/M6). Freilich wird im Operationsbericht vom 25. September 2009 in Bezug auf den Knorpelschaden am lateralen Tibiaplateau zuzätzlich ausgeführt, es fände sich ein grosser spindelförmiger Knorpeldefekt an 2/3 des ossären Gelenks, der sich bis zur subchondralen Knorpelschicht ausdehne (Bg-act. Register 2/M18). Diese Verletzung wird

- 18 - im Austrittsbericht des Spitals Oberengadin vom 25. September 2009 einfach als ausgedehnter Knorpeldefekt im lateralen Tibiaplateau beschrieben (Bg-act. Register 2/M6), während Dr. med. K._____ im Arztbericht zur durchgeführten Computertomografie diesbezüglich von einem Knorpeldefekt im Ausmass von ungefähr 1.1 x 0.4 x 0.7 cm spricht (Bg-act. Register 2/M5). Schliesslich stellt Dr. med. L._____ im Arztbericht vom 15. September 2009 aufgrund der vorgenommenen MRI-Untersuchung einen ca. 11 mm grossen Defekt im lateralen Tibiaplateau fest (Bg-act. Register 2/M4). Welche dieser Angaben zutrifft, ist für die vorliegend zur Beurteilung stehende Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 10. September 2009 und den seit Juni 2013 vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden ohne Bedeutung. Denn es steht fest und wird im Übrigen vom Beschwerdeführer nicht bestritten, dass der Knorpelschaden am lateralen Tibiaplateau für die derzeitigen Kniebeschwerden des Beschwerdeführers nicht verantwortlich ist. Das genaue Ausmass des fraglichen Knorpelschadens ist vorliegend folglich bedeutungslos, weshalb die entsprechende Information im Operationsbericht vom 25. September 2009 für die Beurteilung von Dr. med. E._____ nicht entscheidend war. Ebenfalls unbeachtlich ist die "Varusarthrose", welche im Operationsbericht vom 25. September 2009 erwähnt und beschrieben wird (Bg-act. Register 2/M18). Diesbezüglich ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Dr. med. L._____ im Arztbericht des Spitals Oberengadin vom 9. November 2009 diese Diagnose ebenfalls stellt (Bg-act. Register 2/M10). Soweit die entsprechenden Ausführungen im Operationsbericht vom 25. September 2009 darüber hinausgehen (sollten), ist im Grundsatz unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen, dass die der Varusarthrose zugrunde liegende Fehlstellung im Sprunggelenk nicht durch den Unfall vom 10. September 2009 verursacht wurde, weshalb allfällige sich hieraus ergebende Beschwerden dem fraglichen Unfallereignis nicht zuzuordnen sind. Die diesbezüglichen Angaben im Operationsbericht vom 25. September 2009 erweisen sich vorliegend demnach nicht

- 19 - als rechtserheblich. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, im Operationsbericht vom 25. September 2009 seien keine Pridiebohrungen erwähnt, trifft dies zu. Dies stimmt jedoch mit den Ausführungen von Dr. med. E._____ überein, der einen solchen Eingriff weder in der Beurteilung vom 23. Juni 2014 (Bg-act. Register 2/M17) noch in jener vom 12. Februar 2014 anführt (Bg-act. Register 2/M16). Einzig Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, spricht im Arztbericht der Klinik G._____ vom 16. Juli 2013 von einem

"Zustand nach Kniearthroskopie rechts mit Pridie-Bohrungen 2009" (Bg-act. Register 2/M13). Worauf sich diese Feststellung stützt, geht aus dem fraglichen Arztbericht nicht hervor. Dass sich Dr. med. F._____ hierbei auf die medizinischen Vorakten stützt, erscheint fraglich, da er im Arztbericht vom 16. Juli 2013 unter dem Zwischentitel "Befund" ausführt, Voraufnahmen stünden ihm nicht zur Verfügung. Jedenfalls vermag die entsprechende Bemerkung die Beweis- kraft der Beurteilung von Dr. med. E._____ nicht zu erschüttern. Entge- gen der Auffassung des Beschwerdeführers beruht das Gutachten von Dr. med. E._____ vom 23. Juni 2014 demzufolge auf sämtlichen medizi- nischen Unterlagen, die für die Beurteilung der vorliegend strittigen Frage nach der Kausalität zwischen den seit Juni 2013 vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden und dem Unfall vom 10. September 2009 von Bedeutung sind. cc) Nicht zu beanstanden ist dabei, dass Dr. med. E._____ darauf verzichtet hat, die Bildaufnahmen einzuholen (MRI vom 15. September 2009, CT rechts Kniegelenk, Kernspintomographie des rechten Kniegelenks vom 16. Juli 2013), ist er doch, worauf der Beschwerdeführer in anderem Zu- sammenhang selbst hinweist, kein Radiologe. Deshalb muss er sich bei der Analyse der fraglichen Bildaufnahmen grundsätzlich auf die Interpre- tation der diesbezüglichen Fachärzte stützen. Hätte er die entsprechen- den Bilder selber auswerten wollen, hätte er wohl einen Radiologen bei- ziehen müssen. Dagegen ist er in seiner Funktion als von der Beschwer-

- 20 - degegnerin beauftragter Gutachter gehalten, die diesbezüglichen Aus- führungen in den Arztberichten kritisch zu hinterfragen und auf ihre Ver- einbarkeit mit den übrigen medizinischen Befunden sowie der restlichen Aktenlage zu überprüfen. Dass Dr. med. E._____ dabei bisweilen von den Diagnosen der behandelnden Ärzte abgewichen ist, ohne, wie vom Be- schwerdeführer gefordert, zusätzliche Erkundigungen bei ihnen einzuho- len, liegt in seinem Ermessen und ist nicht zu beanstanden. dd) Diesbezüglich gilt es im Übrigen zu beachten, dass Dr. med. E._____ im Gutachten vom 23. Juni 2014 keineswegs die Richtigkeit der von Dr. med. F._____ im Arztbericht 16. Juli 2013 gestellten Diagnosen in Frage stellt. Er weist lediglich darauf hin, dass er davon ausgeht, dessen Ausführun- gen seien insofern unzutreffend, als femoropatellär ein gut erhaltender Knorpelüberzeug bei lediglich diskreter Chondropathie lateral an der tibia Grad I-II beschrieben werde, nachdem vorgängig femoropatellär ein Knorpelschaden Grad III-IV gesichert worden sei (Bg-act. Register 2/M17). Ansonsten stellt er die Richtigkeit der von Dr. med. F._____ er- hobenen Befunde nicht in Frage (vgl. Bg-act. Register 2/M 13). Er erach- tet es lediglich nicht als ausgewiesen, dass die als Hauptbefund diagnos- tizierte Femoropatellararthrose mit Knorpelschaden Grad III-IV retro- patellär sowie an der Trochlea mit ungünstiger femoropatellärer Statik und die dadurch bedingten funktionellen Beeinträchtigungen mit überwiegen- der Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2009 zurückzu- führen sind. Für die Beurteilung dieser Frage ist entscheidend, ob die nach dem Unfall vom 10. September 2009 erstmals beschriebene retro- patelläre Knorpelschädigung (Chondromalazia patellae Grad III) tatsäch- lich durch das fragliche Unfallereignis verursacht wurde. Diese Frage kann nur mittels einer Analyse der damals erhobenen medizinischen Be- funde beantwortet werden, die den im Arztbericht vom 16. Juli 2013 erho- benen gegenüberzustellen sind. Einen solchen Vergleich nimmt Dr. med. F._____ nicht vor. Folgerichtig äussert er sich im Arztbericht vom 16. Juli

- 21 - 2013 denn auch nicht zur Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 10. September 2009 und den vom Beschwerdeführer seit Juni 2013 be- klagten Kniebeschwerden. Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren vorbringt, die Beschwerdegegnerin hätte weitere

medizinische Abklärungen zu seinem aktuellen Leistungsvermögen und eine persönliche Untersuchung durch den Gutachter veranlassen müssen, kann ihm nicht gefolgt werden, da solche Beweisvorkehrungen keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich des strittigen Kausalzusammenhangs hätten erwarten lassen. Die Beschwerdegegnerin durfte darauf folglich in antizipierter Beweiswürdigung verzichten, ohne dadurch die sie treffende Untersuchungspflicht zu verletzen. ee) Im Ergebnis gleich verhält es sich in Bezug auf den Unfallmechanismus, den der Beschwerdeführer als unzureichend ermittelt ansieht. Freilich trifft es zu, dass der Unfallhergang in den Akten unterschiedlich beschrieben wird. So wird in den Arztberichten vom 15. September sowie 2. Oktober 2009 festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich beim Springen aus niedriger Höhe ein Distorsionstrauma des rechten Knies zugezogen (Bg-act. Register 2/M1, M7). Grundsätzlich in derselben Weise schilderte Dr. med. H._____ im Operationsbericht vom 25. September 2009 den Unfallhergang ("Der Patient ist anfangs September gestützt und hat sich dabei das rechte Knie verdreht." [Bg-act. Register 2/M 18]). Demgegenüber hielt er im an die Beschwerdegegnerin gerichteten Schreiben vom 3. Dezember 2009 ohne Bezugnahme auf die anderslautenden Angaben der erstbehandelnden Ärzte sowie seine hiermit grundsätzlich übereinstimmende Schilderung des Unfallhergangs im Operationsbericht vom 25. September 2009 fest, der Beschwerdeführer sei nach einem Sprung aus niedriger Höhe ausgerutscht und direkt auf das rechte Knie gestürzt (Bg-act. Register 2/M12). Dass sich dieser Widerspruch heute mehr als vier Jahre nach dem interessierenden Unfallereignis noch mit einer Nachfrage bei Dr. med. H._____ auflösen lässt, ist auszuschliessen. Was eine

- 22 - allfällige Befragung des Beschwerdeführers hinsichtlich des Unfallhergangs betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine solche nicht beantragt und sich weder im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren zum Unfallhergang geäußert hat. Dies lässt darauf schliessen, dass er sich nicht mehr daran erinnern kann, ob er sich am 10. September 2009 im Hallenbad beim Sprung ins seichte Gewässer "nur" das Knie verdrehte oder zusätzlich noch auf die Kniescheibe gefallen war. Damit ist nicht ersichtlich, mit welchen zusätzlichen Beweisvorkehrungen die Beschwerdegegnerin den Unfallhergang zum jetzigen Zeitpunkt noch rekonstruieren könnte. Bei dieser Sachlage hat sie den Verlauf des Unfalls aufgrund der vorhandenen Unterlagen festzustellen. Dabei darf sie im Rahmen der freien Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass spontane Aussagen am Anfang eines Verfahrens in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (sog. Aussage der ersten Stunde). Bei widersprüchlichen Aussagen kommt daher den Angaben zu Beginn des Verfahrens grösseres Gewicht zu als späteren (vgl. BGE 115 V 143 E.8c, 121 V 47 E.2a; Urteil des Bundesgerichts I 492/05 vom 19. Dezember 2006 E.3.2.2). Wenn die Beschwerdegegnerin, von dieser Beweismaxime ausgehend, annimmt, der Beschwerdeführer sei am 10. September 2009 nicht auf sein rechtes Knie gefallen, ist dies nicht zu bestanden, zumal drei Ärzte den Unfallhergang in Wiedergabe der entsprechenden Angaben des Beschwerdeführers in dieser Weise schildern, während nur Dr. med. H._____ von einem Sturz auf die Kniescheibe spricht, sich hiermit jedoch im Widerspruch zu seinen anfänglichen Ausführungen im Operationsbericht vom 25. September 2009 setzt. Schliesslich steht der von der Beschwerdegegnerin angenommene Unfallhergang im Einklang mit den medizinischen Befunden, die auf eine krankhafte Degeneration des

- 23 - nach dem Unfallereignis festgestellten retropatellären Knorpelschadens schliessen lassen. ff) Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren rügt, die Beschwerdegegnerin habe in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2015 zahlreiche sonstige Schadenfälle betreffend das rechte obere Sprunggelenk, die rechte Schulter und die Halswirbelsäule erwähnt, ohne diese zu belegen, ist ihm beizupflichten. Die fraglichen Ereignisse sind für die Beurteilung der strittigen Angelegenheit aber nicht von Bedeutung, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung davon abzusehen ist, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die entsprechenden Akten einzureichen (vgl. BGE 122 V 162 E.1d). gg) Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin gehe zu Unrecht von einem vorbestehenden Knorpeldefekt an der Kniescheibe aus, der sich aus den Akten nicht ableiten lasse und den sie zumindest mit einer Nachfrage beim Hausarzt hätte verifizieren müssen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass dieser Knorpelschaden erstmals am 15. September 2009 mittels der damals durchgeführten MRT-Untersuchung diagnostiziert wurde. Dr. med. E._____ leitet jedoch aus der Analyse der in den Arztberichten vom 22. September 2009 beschriebenen Auffaserung und Usurierung (Bg-act. Register 2/M5) und dem fehlenden Knochenmarksödem in Form eines Bone Bruise ab (vgl. etwa Arztbericht vom 22. September 2009 [Bg-act. Register 2/M5], Arztbericht vom 25. September 2009 [Bg-act. Register 2/M6]), dass es sich hierbei um eine krankheitsbedingte Degeneration handelt (Bg-act. Register 2/M17 S. 6). Diese Schlussfolgerung lässt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht durch eine Nachfrage beim Hausarzt des Beschwerdeführers verifizieren, da der fragliche Knorpelschaden den Beschwerdeführer bis dahin offensichtlich nicht beeinträchtigte, weshalb er deswegen keine medizinischen Abklärungen oder Behandlungen in An-

- 24 - spruch genommen hatte. Beim retropatellären Knorpelschaden dürfte es sich also um einen Zufallsbefund handeln, der anlässlich des Unfalls vom 10. September 2009 entdeckt und durch die am 25. September 2009 durchgeführte Chondroplastik behandelt wurde (vgl. Austrittsbericht vom 25. September 2013 [Bg-act. Register 2/M6], Arztbericht vom 6. Oktober 2013 [Bg-act. Register 2/M15]), aber gleichwohl nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 9. September 2010 verursacht wurde. hh) Anderer Meinung ist Dr. med. I._____, der im Arztzeugnis UVG vom 19. September 2013 eine posttraumatische Femoropatellararthrose diagnostiziert und dadurch einen Zusammenhang zwischen den seit Juni 2013 vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden und dem Unfall vom 10. September 2009 herstellt (Bg-act. Register 2/M6). Diese Auffassung begründet er jedoch nicht. Sofern sich Dr. med. I._____ auf den mit dem Arztzeugnis UVG vom 19. September 2013 eingereichten Arztbericht der Klinik G._____ vom 16. Juli 2013 stützen sollte, ist festzuhalten, dass sich diese Diagnose im fraglichen Arztbericht nicht findet (Bg-act. Register 2/M14). Dr. med. F._____ diagnostizierte im Arztbericht vom 16. Juli 2013 der Klinik G._____ zwar als Hautbefund eine fortgeschrittene Femoropatellararthrose mit Knorpelschäden Grad III-IV retropatellär sowie an der Trochlea bei ungünstiger femoropatellärer Statik, ohne sich jedoch zur Ursache der fraglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung zu äussern. Dies erstaunt nicht, hält er doch eingangs fest, es stünden ihm keine Voraufnahmen zum Vergleich zur Verfügung. Demgegenüber stützte sich Dr. med. E._____ bei seiner Beurteilung auf alle massgeblichen medizinischen Vorakten und erläuterte eingehend, weshalb er nach Analyse der echtzeitlichen Arztberichte zur Überzeugung gelangt ist, dass die derzeitigen Kniebeschwerden des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2009 zurückzuführen sind. Soweit der Beschwerdeführer

schliesslich vorbringt, dass die

- 25 - Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid von einem vorbestehenden tibialen Knorpeldefekt ausgegangen sei, kann diese Frage dahingestellt bleiben. Die Beschwerdegegnerin hat die tibiale Läsion als Folge des Unfalls vom 10. September 2009 anerkannt. Der dortige Schaden hat sich indes seit der am 25. September 2009 vorgenommenen Chondroplastik nur mehr unwesentlich verändert (vgl. Arztbericht der Klinik G._____ vom 16. Juli 2013 [Bg-act. Register 2/M13], Gutachten vom 23. Juni 2014 S. 6 f. [Bg-act. Register 2/M17]) und ist für die derzeitigen Beschwerden des Beschwerdeführers am rechten Knie nicht verantwortlich. Diese sind vielmehr auf die Femoropatellararthrose zurückzuführen, deren Entwicklung durch die ungünstige femoropatelläre Statik begünstigt wird. Ob diese abgeflachte Form der Patella vom Ausmass her eine Patelladysplasie oder eine unübliche Formvariante darstellt, ist für den vorliegenden Fall nicht von Bedeutung. Im einem wie im anderen Fall ist sie als angeborene oder wachstumsbedingte Fehlstellung laut der Gutachterlichen Auffassung nicht unfallkausal (vgl. Gutachten vom 23. Juni 2014 S. 6 f. [Bg-act. Register 2/M17]). Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht davon ausgegangen, dass, soweit der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung der strittigen Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang von Bedeutung ist, lückenlose Untersuchungsbefunde vorliegen, die im Grundsatz unbestritten sind und es Dr. med. E._____ ermöglichen haben, sich ein vollständiges Bild über die massgeblichen Verhältnisse am rechten Knie des Beschwerdeführers zu verschaffen. e) Aus den vorgenannten Überlegungen gelangt das Gericht in Würdigung der Aktenlage zum Schluss, dass die Beschwerdegegnerin alle für die Abklärung der begehrten Versicherungsleistungen erforderlichen Sachverhaltsermittlungen vorgenommen hat. Weitere Beweisvorkehren lassen keine neuen Erkenntnisse erwarten. Der im vorliegenden Verfahren vom Beschwerdeführer gestellte Beweis Antrag, ein externes medizinisches Gerichtsgutachten über die Kausalität zwischen dem Unfall vom 10. Sep-

- 26 - tember 2009 und den vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden einzuholen, ist deshalb in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen (vgl. BGE 122 V 162 E.1d). Aufgrund der getätigten Beweisvorkehren gilt als erstellt, dass sich der Beschwerdeführer am 10. September 2009 im Hallenbad bei einem Sprung aus niedriger Höhe ins Wasser das Knie verdreht hat. Bei den in der Folge veranlassten bildgebenden Abklärungen wurde ein Defekt am lateralen Tibiaplateau ersichtlich, der aufgrund der dortigen Bone Bruise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. September 2009 zurückzuführen und damit als unfallkausal anzusehen ist. Die vom Beschwerdeführer seit Juni 2013 beklagten Kniebeschwerden sind indessen nicht auf diesen tibialen Knorpelschaden zurückzuführen, sondern hängen unter anderem mit dem retropatelläre Knorpelschaden zusammen, der zwar erstmals nach dem Unfall vom 10. September 2009 diagnostiziert wurde, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 10. September 2009 zurückzuführen ist. Damit ist nicht ausgewiesen, dass die seit Juni 2013 vom Beschwerdeführer beklagten Kniebeschwerden durch den Unfall vom 10. September 2009 verursacht wurden. Bei dieser Sachlage hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Rückfalls als vom Beschwerdeführer zu beweisende anspruchsbegründende Voraussetzung zu Recht verneint und es abgelehnt, die begehrten Versicherungsleistungen zu erbringen. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechts, was zu seiner Bestätigung und zur Abweisung der dagegen

erhobenen Beschwerde führt. 5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht ist gemäss Art. 61 lit. a ATSG, abgesehen von vorliegend ausser Betracht fallenden Ausnahmen, kostenlos. Folglich sind im vorliegenden Fall keine Kosten zu erheben. Eine aussergerichtliche Entschädigung steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin nicht zu (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

- 27 - Demnach erkennt das Gericht:

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