

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/23 vom 14. November 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_23

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/23 du 14 novembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/23 del 14 novembre 2019

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung eines unfallkausalen Meniskusrisses sowie einer richtunggebenden Verschlimmerung eines vorbestandenen Meniskusrisses. Bestätigung eines Status quo sine vel ante sechs Wochen nach Kontusion des rechten Knies (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2019, UV 2018/23).

Volltext

Entscheid vom 14. November 2019 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. UV 2018/23 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Bereichsleiter Logistik bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Swica Gesundheitsorganisation (nachfolgend: Swica) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 28. März 2017 meldete die Arbeitgeberin der Swica einen Unfall. Der Versicherte habe am 26. März 2017 beim Fussballspielen in einem Zweikampf einen Schlag ins rechte Knie bekommen, wobei er sich beim Sturz auch noch die linke Hüfte verletzt habe (act. G 3.1). Die Swica ersuchte den erstbehandelnden Arzt Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, um Einreichung des Arztzeugnisses UVG (act. G 3.3/1), welches dieser am 18. August 2017 beibrachte. Demgemäss war die Erstbehandlung am 28. März 2017 erfolgt. Dr. C.____ hatte nach einer am 29. März 2017 in der Radiologie D.____ von PD Dr. E.____ durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks (act. G 3.12/2 f.) eine Meniskus- und Seitenbandläsion medial Knie rechts diagnostiziert und eine Rolfing-Therapie verordnet. Eine Arbeitsunfähigkeit hatte er nicht attestiert (act. G 3.5). Am 2. Oktober 2017 reichte F.____ bei welchem der Versicherte die verordnete therapeutische Behandlung wahrnahm, einen Behandlungsbericht ein (act. G 3.9 ff.). Am 9. Oktober 2017 besprach die Sachbearbeiterin der Swica den Schadenfall mit Dr. med. G.____, der die Therapiemethode Rolfing als inadäquate Therapie, d.h. veraltet und unwirksam, bezeichnete und eine Bezahlung weiterer Rolfing-Sitzungen durch die Swica ablehnte (act. G 3.10). Nach Einholung des MRI-Untersuchungsberichts von Dr. E.____ vom 30. März 2017 (act. G 3.12/2 f.) wurde der Schadenfall von der Swica Dr. med. H.____, FMH für Allgemein- und Unfallchirurgie, vorgelegt (act. G 3.13). Am 23. Oktober 2017 reichte Dr. H.____ eine Aktenbeurteilung ein (act. G 3.15), worin er insbesondere feststellte, dass es im Rahmen des Unfalls vom 26. März 2017 lediglich zu einer vorübergehenden, aber nicht richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes am rechten Kniegelenk gekommen sei. Der Status quo sine sei spätestens 6 Wochen nach dem

Unfallereignis erreicht gewesen. Mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung könne nicht gerechnet werden. Die aktuell durchgeführte Rolfing-Therapie würde keinen Effekt bringen. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte vollumfänglich arbeitsfähig sei (act. G 3.15). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. H.____ teilte die Swica dem Versicherten mit Schreiben vom 25. Oktober 2017 mit, dass sie den Leistungsfall bei einem Status quo sine sechs Wochen nach dem Unfallereignis rückwirkend per 6. Mai 2017 abschliesse. Ab dem 7. Mai 2017 bestehe infolge des Unfalls vom 26. März 2017 kein Anspruch mehr auf Versicherungsleistungen aus der Unfallversicherung (act. G 3.16). Am 31. Oktober 2017 nahm der Versicherte zum Schreiben der Swica vom 25. Oktober 2017 Stellung (act. G 3.17) und reichte eine Stellungnahme von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2017 (act. G 3.18) sowie eine Verordnung von Dr. C.____ vom 22. Juni 2017 für eine Rolfing-Therapie ein (act. G 3.20). Mit Verfügung vom 7. November 2017 bestätigte die Swica ihre Leistungseinstellung per 6. Mai 2017 (act. G 3.22). Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 13. November 2017 erhobene Einsprache (act. G 3.24) wurde von der Swica mit Einspracheentscheid vom 13. März 2018 abgewiesen (act. G 3.25). Gegen den Einspracheentscheid vom 13. März 2018 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 10. April 2018 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid der Swica (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei aufzuheben und die Leistungen aus der Unfallversicherung seien bis zum Abschluss der Behandlung zu erbringen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Replik (act. G 5). Mit Schreiben vom 31. Mai 2019 ersuchte das Versicherungsgericht die Beschwerdegegnerin um Einreichung weiterer Akten im Zusammenhang mit einer Vorgeschichte des rechten Kniegelenks, welche aus den mit der Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2018 eingereichten Akten zu folgern war. Weiter wurde um Beantwortung der Frage gebeten, bis wann im Zusammenhang mit dem Unfall des Beschwerdeführers vom 26. März 2017 Heilbehandlungsleistungen erbracht worden seien (act. G 6). Am 7. Juni 2019 reichte die Beschwerdegegnerin die angeforderten Akten samt einer Zusammenstellung der erbrachten Heilbehandlungsleistungen betreffend das Ereignis vom 26. März 2017 ein (act. G 7, G 7.1 ff.). Nachdem der Beschwerdeführer am 18. Juni 2019 Einsicht in die Akten genommen hatte, reichte er am 20. Juni 2019 (act. G 9) eine Zusammenstellung der von ihm selbst getragenen Heilbehandlungskosten von insgesamt Fr. 5'290.-- samt der von Dr. C.____ ausgestellten Verordnungen zur Rolfing-Therapie (act. G 9.5 ff.) sowie der Therapierechnungen von F.____ (act. 9.1 ff.) ein. Erwägungen Streitig und vorliegend zu prüfen ist die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin als obligatorische Unfallversicherung des Beschwerdeführers für die Folgen des Ereignisses vom 26. März 2017 leistungspflichtig ist. Infolge Erreichens des Status quo sine vel ante sieht die Beschwerdegegnerin materiell-rechtlich einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers aus der Unfallversicherung ab dem 6. Mai 2017 als nicht mehr gegeben an (act. G 3). Gemäss der von der Beschwerdegegnerin am 7. Juni 2019 eingereichten Leistungszusammenstellung hat sie für Heilbehandlungen des Beschwerdeführers bis 5. Mai 2017 Leistungen erbracht (act. G 7, G 7.3). Dem im angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. März 2018 ausgesprochenen Verzicht auf Rückforderung der über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus erbrachten Leistungen (act. G 3.25 Ziff. 3.6), kommt damit keine Bedeutung zu. Unbestritten ist sodann ein Behandlungsabschluss bei Dr. C.____ am 20. Oktober 2017 und belegt ist eine letzte Therapiebehandlung bei F.____

am 5. Dezember 2017 (act. G 1.5, G 9.3). Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung [UVG; SR 832.20]). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 26. März 2017 ärztlich nicht bescheinigt (act. G 3.5), weshalb ein Anspruch auf Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG) nicht zur Diskussion steht und von beschwerdeführender Seite auch nicht geltend gemacht wird. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller

Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich (BGE 125 V 352 E. 3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten kann beweiskräftig sein, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte oder die Expertin imstande sind, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Angesichts der obigen Darlegungen spricht das Fehlen einer persönlichen Untersuchung für sich allein nicht gegen den Einbezug der Aktenbeurteilung von Dr. H.____ vom 23. Oktober 2017 (act. G 3.15). Ob sie letztlich inhaltlich überzeugt, ist im Rahmen der nachfolgenden Beweiswürdigung zu prüfen (Erwägung 3.5.1 ff.). Der Beschwerdeführer leidet seit dem Unfallereignis vom 26. März 2017 über den von Dr. H.____ festgelegten Status quo sine vel ante sechs Wochen nach dem Unfall bzw. den von der Beschwerdegegnerin gestützt darauf festgelegten Leistungseinstellungszeitpunkt (6. Mai 2017) hinaus unter Kniebeschwerden rechts, welche er bis 20. Oktober 2017 durch Dr. C.____ und bis 5. Dezember 2017 durch den Therapeuten F.____ behandeln liess (act. G 1 S. 2, act. G 3.9, act. G 3.24/2, act. G 9.3). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten -

apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Für die Abgrenzung eines Vorzustandes von einer neuen unfallbedingten strukturellen Schädigung stellt insbesondere der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall eine bedeutende Beweisgrundlage dar (vgl. dazu BGE 134 V 121 E. 9, 117 V 363 E. 5d/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Ist es durch den Unfall zu keinen neuen unfallbedingten Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine wieder erreicht werden könnten (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Von einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung eines Vorzustandes wird dann gesprochen, wenn Unfallfolgen oder deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben oder radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. In solchen Fällen wird bei einem geeigneten und adäquaten Ereignis in einer ersten Phase davon ausgegangen, dass dieses eine schädigende Wirkung auf den Körper habe. Die aufgetretenen oder ausgelösten Beeinträchtigungen werden, obwohl sie möglicherweise weiterbestehen, nach einer gewissen Zeit gestützt auf medizinische Erfahrung aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Kontusionsfolgen (vgl. nachfolgende Erwägung 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.; vgl. dazu André Nabold in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 57). Bei einer Kontusion handelt es sich um eine Weichteilverletzung. Ihre Diagnose definiert eine schädigende Einwirkung des Unfalls auf den Körper, die insbesondere anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1139; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 357). Laut den von der Beschwerdeführerin am 7. Juni 2019 eingereichten Akten (act. G 7) hatte der Beschwerdeführer bereits in den Jahren 2012 und 2014 Unfälle beim Fussballspielen mit Beteiligung des rechten Knies erlitten (act. G 7.1.1, G 7.2.1). Aus der Zeit vor dem Unfall des Beschwerdeführers vom 26. März 2017 liegt ein MRI-Untersuchungsergebnis seines rechten Knies vom 30. März 2015 bei den Akten. Der Radiologe Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie, Radiologie J.____, erhob damals eine hochgradige Dystrophie des

lateralen Kollateralband-Komplexes und fibröses Gewebeplus mit Hyperämie zwischen lateralem Femurkondyl und Tractus iliotibialis passend zum Iliotibialband-Syndrom, einen glatt berandeten lateralen Restmeniskus ohne Reruptur, eine fokal hochgradige Ausdünnung des Gelenkknorpels im Randbereich lateral femorotibial bei sonst gut erhaltenen Knorpelüberzügen im lateralen Kompartiment, einen fokalen flachen Knorpelulkus am Innenrand des medialen Femurkondylus (Chondropathie Grad II), eine Ausdünnung des Gelenkknorpels im Bereich der femoralen Trochlea bei normalem retropatellarem Gelenkknorpel (Chondropathie II) sowie einen diskreten synovialen Reizzustand und Gelenkerguss (act. G 7.2/20). Basierend auf diesem radiologischen Untersuchungsergebnis stellte Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Untersuchungsbericht vom 20. April 2015 die Diagnosen Verdacht auf laterale Chondropathie bei Status nach Kniegelenksarthroskopie mit wahrscheinlich Aussenmeniskusteilresektion sowie offener lateraler Meniskusganglion-Exazerbation vor Jahren (act. G 7.2/19). Aus der Zeit vor dem Unfall vom 26. März 2017 liegt sodann eine von Dr. H.____ am 12. Mai 2015 erstellte und auf den obgenannten Untersuchungsergebnissen basierende Aktenbeurteilung vor (act. G 7.2/23), worin dieser bereits in Bezug auf die Zeit vor dem Unfall vom 9. März 2014 von einem ausgedehnten Vorzustand mit degenerativen Veränderungen des Knorpels im Kniegelenk ausging. Der Beschwerdeführer leide ausserdem an einer Überlastung des lateralen Gelenkkompartiments mit lokaler Entzündung, was mit dem Unfallereignis vom 9. März 2014 keinen Zusammenhang habe. Anlässlich der Erstbehandlung am 28. März 2017 nach dem Unfall vom 26. März 2017 erhob Dr. C.____ als Befunde einen Erguss sowie positive Meniskuszeichen medial (act. G 3.5) und wies den Beschwerdeführer für eine MRI-Untersuchung der Radiologie D.____ zu. Bei der am 29. März 2017 von Dr. E.____ durchgeführten Untersuchung zeigten sich ein ausgeprägter Reizerguss mit deutlicher Schwellung der Weichteile, insbesondere im Bereich der Kniekehle medialseitig wie bei rupturierter Baker-Zyste in loco typico, eine ausgeprägte Reizung des Pes anserinus, eine komplexe Ruptur des Innenmeniskus am Hinterhorn bzw. Pars intermediums, ein Zustand nach Meniskusteilresektion des Aussenmeniskus, eine Partialruptur des medialen Seitenbandes, eine ausgeprägte erosive Chondropathie vor allem im Bereich des medialen Gelenkkompartiments (Grad III), eine Chondromalazia patellae III sowie eine Muskelfaserruptur des Vastus lateralis (act. G 3.12/2 f.). Bezogen auf das MRI-Untersuchungsergebnis vom 29. März 2017 (vgl. Erwägung 3.3.2) spricht Dr. H.____ in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2017 (act. G 3.15/2) schlüssig von einer Gonarthrose (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 582). Unbestritten und von Dr. H.____ ebenfalls festgehalten ist, dass mit diesem radiologischen Untersuchungsergebnis die vom Beschwerdeführer subjektiv beklagten Beschwerden objektiviert sind, indem verschiedene strukturelle Gesundheitsschädigungen, unter anderem eine Meniskusläsion, radiologisch sichtbar gemacht werden konnten. Konkret streitig ist hingegen, ob es sich bei der Meniskusläsion um eine beim Unfall vom 26. März 2017 direkt erlittene Verletzung handelt. Kernspintomographisch gezeigt hat sich auch eine Partialruptur des medialen Seitenbandes. Diese wurde jedoch von Dr. H.____ weder als Diagnose aufgeführt noch im Rahmen seiner weiteren Ausführungen angesprochen (act. G 3.15), und auch Dr. C.____ stellte am 22. Juni 2017 die Therapieverordnung für Rolfing nur in Bezug auf die Diagnose "Meniskusläsion" aus (act. G 3.20). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass zumindest der Partialruptur des medialen Seitenbandes im Zeitpunkt des von Dr. H.____ angenommenen Status quo sine (6. Mai 2017) bzw. im Leistungseinstellungszeitpunkt

bezüglich der vom Beschwerdeführer fortgesetzt beklagten sowie behandelten Beschwerdesymptomatik keine massgebliche Bedeutung mehr zukam. Von Weiterungen hinsichtlich deren Ursächlichkeit kann damit abgesehen werden. Die beim Beschwerdeführer radiologisch erhobenen Knorpelveränderungen im medialen Gelenkkompartiment und der Patella können zwar als Folge eines Traumas auftreten. Im konkreten Fall ist jedoch - wie Dr. H.____ in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2017 (act. G 3.15) überzeugend und in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur feststellt - von vorbestehenden degenerativen Knorpelveränderungen im Kniegelenk auszugehen. Aus dem Vergleich der bildgebenden Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall - wenn auch noch mit einem anderen Schweregrad - in denselben Kniegelenkskompartimenten eine Chondropathie bzw. Chondromalazia vorhanden gewesen ist. Eine Chondropathie und eine Chondromalazia patellae bzw. eine Gonarthrose sind definitionsgemäss degenerative Erkrankungen des Gelenkknorpels, welche sich höchstens indirekt aus einer primären Unfallverletzung (beispielsweise infolge einer mit Achsenfehler verheilten Fraktur) heraus entwickeln können (Debrunner, a.a.O., S. 124, 582, 1049, 1067; Pschyrembel, a.a.O., S: 329; Roche Lexikon, a.a.O., S. 325). Es steht ausser Frage, dass sich die am 29. März 2017 radiologisch erhobenen komplexen Pathologien, welche vor allem einen hohen Schweregrad (III: die Tiefe des Knorpelschadens erreicht mehr als die Hälfte [$>50\%$] der gesamten Knorpeldicke) aufwiesen, seit dem Unfall vom 26. März 2017 bzw. innert drei Tagen hätten bilden können. Als sekundäre unfallkausale Gesundheitsschäden kämen sie mithin ohnehin nicht in Betracht. Daran ändert selbst der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer am 26. März 2017 einen Schlag aufs Knie erlitten und den Gesundheitsschäden mithin ein direktes Knie Trauma vorausgegangen ist. Ein Reizerguss sowie eine Baker-Zyste sind sodann typische Begleitpathologien einer Gonarthrose (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 586; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134; Pschyrembel, a.a.O., S. 153) und sprechen im konkreten Fall zusätzlich gegen eine Traumafolge. Die Beurteilung von Dr. H.____, dass auch die beim Beschwerdeführer am 29. März 2017 radiologisch erhobene Läsion des Innenmeniskus am Hinterhorn mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als degenerativ vorbestehend einzustufen sei, erscheint vor diesem Hintergrund ohne Weiteres schlüssig und überzeugend. Meniskusrisse können zwar als direkte Folge eines Traumas auftreten, doch gilt es zu beachten, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen und zudem starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt sind (Debrunner, a.a.O., S.1056 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 1146). Meniskusrisse sind zudem eine häufige Präarthrose einer Gonarthrose (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1068). Im Falle des Beschwerdeführers präsentiert sich also letztlich eine umfassende degenerative Problematik, bezüglich welcher kein überzeugender Anlass besteht, die Meniskusläsion herauszulösen und als unabhängige unfallkausale Verletzung zu betrachten. Eine Meniskusläsion ohne Trauma ist im konkreten Fall ohne Weiteres erklärbar. Als vervollständigendes und gleichsam bedeutsames Indiz gegen eine Traumafolge sieht Dr. H.____ schliesslich den Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf das rechte Knie des Beschwerdeführers. In der Bagatellunfallmeldung UVG vom 28. März 2017 ist ein Schlag gegen das rechte Knie, also ein Kontusionstrauma, beschrieben, welches Dr. H.____ keinesfalls als geeignet betrachtet, eine Meniskusläsion zu verursachen. Als typischer Unfallmechanismus für Knorpelschäden bzw. einen akuten Meniskusriss wird denn auch in der medizinischen Literatur die Verdrehung bzw. Distorsion beschrieben (Debrunner, a.a.O., S. 1057; Pschyrembel, a.a.O., S.1046; Roche

Lexikon, a.a.O., S.1204). Angesichts der Darlegungen in Erwägung 3.5 und im Sinne der überzeugenden Beurteilung von Dr. H. ___ ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bezüglich der Meniskuläsion von einem degenerativen Vorzustand auszugehen ist und sich der Beschwerdeführer diese nicht beim Unfall vom 26. März 2017 zugezogen hat. Eine richtunggebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativen Gesundheitsschäden und auch des Meniskusrisses ist - wie von Dr. H. ___ beurteilt - ebenfalls auszuschliessen. Genauso wie ein unfallbedingter Meniskusriss als objektiviert gilt, wenn er durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund erhoben wird bzw. bestätigt werden kann (vgl. Erwägung 3.1), gilt dies grundsätzlich für eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes, bei einer Arthrose beispielsweise in Form eines höheren Schweregrades oder bei einem vorbestehenden Meniskusriss in Form einer Vergrösserung des ersten Risses. Eine unfallkausale richtunggebende Verschlimmerung, insbesondere auch in Bezug auf den Meniskusriss, wird jedoch in den medizinischen Akten nirgends explizit diskutiert. Für eine solche ist bei der umfassenden degenerativen Problematik des Beschwerdeführers im rechten Kniegelenk auch kaum Raum gegeben. Sie dürfte aus denselben Gründen, wie sie in Erwägung 3.5 in Bezug auf das Nichtvorliegen einer primären strukturellen Meniskuläsion dargelegt worden sind, ausser Betracht fallen. Der höhere Schweregrad der Gonarthrose ist im Übrigen ohne Weiteres als Degenerationsprozess erklärbar, wie er innerhalb der zwei Jahre zwischen den aktenkundigen radiologischen Untersuchungsergebnissen verlaufen kann (vgl. Erwägung 3.3). Die Annahme einer richtunggebenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Meniskusrisses drängt sich mithin nicht auf. Die Äusserungen von Dr. C. ___ in seinem Schreiben vom 31. Oktober 2017 (act. G 3.18) vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Dr. C. ___ beschränkt sich insbesondere auf eine Aneinanderreihung von nach dem Unfall eingetretenen Umständen (Unfallereignis: "beim Fussballspielen einen Schlag gegen das rechte Knie bekommen"; seit dem Unfall Knieschmerzen; MRI-Befunde; positives Heilungsergebnis durch die Rolfing-Therapie), begründet indes nicht, inwiefern diese einen unfallbedingten Meniskusriss belegen könnten. Im Gegensatz zu Dr. H. ___ setzt er sich nicht mit den ausgewiesenen degenerativen Vorzuständen auseinander. So kann sich ein positiver Therapieverlauf ohne Weiteres auch bei Behandlung einer degenerativen Erkrankung einstellen. Von einem positiven Behandlungsverlauf eines Gesundheitsschadens kann für sich allein folglich nicht auf die Schadensursache geschlossen werden. Aus seiner Stellungnahme gehen auch keine relevanten Aspekte hervor, die Dr. H. ___ ausser Acht gelassen hätte. Letztlich nimmt Dr. C. ___ also keine Kausalitätsbeurteilung vor, sondern bringt den an sich nachvollziehbaren Wunsch des Beschwerdeführers vor, dass die Beschwerdegegnerin für weitere Heilbehandlungskosten aufkomme. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bedingt jedoch die Erfüllung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen, auch diejenige der Unfallkausalität, welche in Bezug auf den Meniskusriss nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin hat indes ihre Leistungspflicht für eine durch das Kontusionstrauma vom 26. März 2017 erlittene vorübergehende unfallkausale Gesundheitsschädigung anerkannt. Eine Kontusion kann - wie in Erwägung 3.2 dargelegt - bestimmte Verletzungsfolgen zeitigen (vgl. Debrunner, a.a.O., S.412; Roche Lexikon, a.a.O., S. 357), vermag jedoch auch einen zuvor stummen degenerativen Vorzustand zu aktivieren. Der Unfallversicherer übernimmt die Leistungen bis zur Heilung der spezifischen Kontusionsverletzungen und - wie bereits erwähnt - den

durch ein Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub (vgl. Erwägung 3.2). Der Zeitpunkt des Dahinfallens einer vorübergehenden Unfallverletzung ist im Allgemeinen hypothetisch und lässt sich häufig nur anhand der medizinischen Erfahrung bestimmen. Die medizinische Erfahrung bezieht sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In diesem Sinn ist die Bezugnahme auf medizinische Erfahrungssätze dann ungenügend, wenn sie im konkreten Fall keine Grundlage findet. Dr. H.____ geht in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2017 (act. G 3.15/3) von einer Heilung der Kontusionsfolgen nach sechs Wochen und die Beschwerdegegnerin somit von einem Status quo sine vel ante per 6. Mai 2017 aus. Eine Kontusionsverletzung als reine Weichteilverletzung, die - wie im vorliegenden Fall - nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, heilt nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit ab und die damit verbundenen Beschwerden bilden sich demzufolge gänzlich zurück (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Eine zeitlich exakte Unterscheidung zwischen (noch) wirkenden traumatischen Unfallfolgen und verbleibendem rein degenerativem Zustand ist kaum möglich. Der Charakter der Heilung ist hier naturgemäss fliegend. Die Schlussfolgerung, fortdauernde Beschwerden seien sechs Wochen nach dem Unfall vom 26. März 2017 nur noch möglicherweise auf diesen zurückzuführen, findet in der Erfahrungsmedizin eine genügende Stütze. In den Akten weist nichts auf einen Ausnahmefall mit einer längeren Heilungsdauer der Kontusionsverletzung oder des ausgelösten Beschwerdeschubs hin. Laut Arzzeugnis UVG vom 18. August 2017 erhob Dr. C.____ anlässlich der Erstbehandlung vom 28. März 2017 einen Erguss (act. G 3.5). Insoweit dieser eine spezifische Kontusionsfolge dargestellt hat, ist ohne Weiteres von einer Heilung innerhalb von sechs Wochen auszugehen. Der im MRI in Erscheinung getretene ausgeprägte Reizerguss mit deutlicher Schwellung der Weichteile ist sodann nicht der Kontusion zuzuordnen, sondern steht im Zusammenhang mit dem degenerativen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im rechten Kniegelenk (vgl. Erwägungen 3.3.2 und 3.5.1). Im Weiteren ist zu beachten, dass die beim Beschwerdeführer im rechten Kniegelenk mit MRI vom 29. März 2017 (act. G 3.12/2 f.) erhobene umfassende degenerative Problematik insbesondere Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu verursachen vermag (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1047 f., 1058 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1204; Pschyrembel, a.a.O., S. 329; Leitlinien der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 142). Festzustellen bleibt indes überhaupt, dass Therapeut F.____ im Behandlungsbericht vom 2. Oktober 2017 (act. G 3.9) in erster Linie schmerzhafte Verspannungen der Muskeln und Faszien der rechten Wade und des Oberschenkels beschrieben hat. Gegenstand der Therapie bildeten das Faszien-system am rückwärtigen rechten Oberschenkel und die Wadenfaszien (Ziff. 4), womit fraglich ist, inwiefern die über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus dauernde Behandlung noch in einem Zusammenhang mit Beschwerden im rechten Kniegelenk gestanden hat. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Schlussfolgerung von Dr. H.____ in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Oktober 2017 (act. G 3.15), die Kontusionsfolgen bzw. der durch die Kontusion ausgelöste Beschwerdeschub seien mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spätestens nach sechs Wochen ausgeheilt, überzeugt. Aus rechtlichen Gründen besteht kein Anlass, von dieser Einschätzung abzuweichen. Es liegt insbesondere keine überzeugende widersprechende ärztliche Beurteilung vor. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. März 2018 (act.

G 3.25), mit welchem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 6. Mai 2017 eingestellt und ihre Leistungspflicht abgelehnt hat, lässt sich damit nicht beanstanden. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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