

SO_GERICHTE VSBES.2019.260 vom 12. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.260_d20200312

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.260 du 12 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.260 del 12 marzo 2020

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Oktober 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, an den Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

E. 2

2.1 Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

2.3 Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei bestimmten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (sogenannte unfallähnliche Körperschädigungen). Zu diesen «Listenverletzungen» zählen u.a. Knochenbrüche (Art. 6 Abs. 2 lit. a UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung).

E. 3

3.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass er sich die Knieverletzung, die im August 2019 operativ habe versorgt werden müssen, anlässlich des Unfallereignisses vom 24. Juli 2016 zugezogen habe. Es sei festzuhalten, dass das MRI vom 24. August 2016 sehr wohl eine strukturelle Läsion ergeben habe. So sei gar vom Radiologen festgehalten worden, dass die Spur eines subchondralen Knochenmarksödems im medialen Femurkondylus zentral/anterior postkontusionell bedingt sein könnte. Der Grundfall sei denn auch von der Beschwerdegegnerin als Unfall anerkannt worden. Anders als in der Unfallmeldung festgehalten und sowohl vom Radiologen als auch von Dr. med. C. ___ gewürdigt, sei die Kreisärztin am 23. Mai 2019 nur von einem Verdrehen des Knies ausgegangen ■ den rechtzeitig gemeldeten Schlag, der denn auch strukturelle Verletzungen im Knie umgehend verursacht habe, sei von der Kreisärztin nicht gewürdigt worden. Diese Beurteilung der Kreisärztin sei damit schon nicht beweiskräftig und beziehe sich auf ein unvollständig berücksichtigtes Unfallereignis. Das Verdrehen des Knies sei erst passiert, nachdem zuvor ein Schlag darauf erfolgt sei. Von der Kreisärztin sei damit nicht der vollständige Unfallmechanismus gewürdigt worden. Sodann seien Brückensymptome gegeben. Der Beschwerdeführer habe sich wegen der Beschwerden im rechten Knie andauernd in Behandlung befunden. Dies gehe aus den Berichten in den Akten hervor. Er habe dauerhaft Schmerzen gehabt, ausser nach einer Infiltration, was im Übrigen ebenfalls auf eine strukturelle Verletzung hindeute, die durch die Schmerzmittelbehandlung habe betäubt werden können. Zudem sei der Grundfall anerkannt worden und selbst bei Fehlbelastungen wäre der Rückfall anzuerkennen. Die Berichte des Kreisarztes, welche eine Unfallkausalität verneinen würden, seien nicht beweiskräftig. So widerspreche der behandelnde Spezialist den kreisärztlichen Beurteilungen ausdrücklich, weshalb ihnen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein Beweiswert mehr zukommen könne. Bereits geringste Zweifel eines Spezialisten vermöchten den Beweiswert eines kreisärztlichen Untersuchungsberichts aufzuheben, da sie nicht einem Gutachten gleichzustellen seien. Im Bestreitungsfall und sofern die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht ohnehin wegen einer unfallähnlichen Körperschädigung zu bejahen wäre, wäre ein Gutachten über die Unfallkausalität der Befunde im rechten Knie des Beschwerdeführers einzuholen. Selbst wenn ein Rückfall zum Unfallereignis vom 24. Juli 2016 zu verneinen wäre, würde eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegen, für die die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig wäre. Beim Beschwerdeführer habe ein Meniskusriss und damit eine Listendiagnose vorgelegen (Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG). Der Beschwerdegegnerin gelinge der Beweis nicht, dass der Meniskusriss vorwiegend, somit im gesamten Ursachenspektrum, zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei (Urteil des Bundesgerichtes 8C_22/2019 vom 24. September 2019). Beim Beschwerdeführer lägen gemäss den Bildgebungen und den Feststellungen von Dr. med. C. ___ keinerlei degenerative Veränderungen vor und vor dem initialen Ereignis habe sich der Beschwerdeführer wegen des rechten Knies nie in ärztlicher Behandlung befunden. Die

Beschwerdegegnerin sei für den Meniskusriss somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest als Listendiagnose leistungspflichtig. Auch die Schlussfolgerung, wonach gemäss der Beschwerdegegnerin nicht angenommen werden könne, dass keinerlei degenerative Veränderungen vorlägen, sei aus Sicht des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Im MRI vom 12. August 2016 und damit bildgebend, was für den Unfallversicherer relevant sei, sei ausdrücklich festgestellt worden, dass «kein Riss oder Zeichen der Degeneration am Meniskus ersichtlich» sei. Damit sei ausgewiesen, dass keinerlei degenerative Veränderungen vorgelegen hätten.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, in der überzeugenden kreisärztlichen Beurteilung vom 7. Juni 2019 führe Frau Dr. med. B.____ aus, ein MRI vom 12. August 2016 habe intakte Menisci sowie eine diskrete Flüssigkeitsansammlung zwischen Tractus iliotibialis und lateralem Femurkondylus gezeigt. In der orthopädischen Sprechstunde sei ein Runners Knee diagnostiziert, einmalig infiltriert und Physiotherapie verschrieben worden. Dadurch sei es zu einer Schmerzfreiheit gekommen. Im Februar 2018 habe sich der Versicherte erneut wegen Knieschmerzen rechts gemeldet. Das klassische Bild eines Runners Knee durch Überlastung des Tractus iliotibialis sei gefunden worden. Als auslösender Faktor würden Knick-Senk-Füsse genannt, wie sie auch beim Beschwerdeführer bestünden. Das MRI des rechten Knies vom 2016 habe keine unfallbedingte strukturelle Läsion gezeigt. Somit sei der Zusammenhang der heutigen Beschwerden mit dem Ereignis 2016 nur möglich. Am 29. August 2019 habe die Kreisärztin festgehalten, dass das MRI 2016 keine Meniskuskäsion gezeigt habe, weshalb die im MRI 2019 neu dargestellte Meniskuskäsion nicht auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Von dieser Beurteilung sei auszugehen, womit die nunmehr festgehaltene Meniskuskäsion degenerativer und somit krankhafter Natur sei. Der Unfall habe somit zu keinen strukturellen Läsionen geführt, weshalb er nicht geeignet gewesen sei, zu längerdauernden Beschwerden zu führen. Daran vermöge auch der Operationsbericht vom 8. August 2019 nichts zu ändern. Die Beurteilung des Spitals beruhe denn allein auf der Formel «post hoc, ergo propter hoc». Gemäss ständiger Rechtsprechung könne diese Formel ■ nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gelte, weil sie nach diesem aufgetreten sei ■ nicht als Beweis betrachtet werden. Auch im Bericht vom 22. Oktober 2019 habe sich der Operateur Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, weitgehend von der Formel «post hoc, ergo propter hoc» leiten lassen. Weder der Hinweis darauf, dass kein neuer Unfall dazu gekommen sei, noch der Beweisgrad der blossen Möglichkeit («könne zur Ausbildung einer Meniskuskäsion führen») genügten aber für den Beweis der Unfallkausalität. Sodann habe Dr. med. E.____ am 25. November 2019 eine fundierte und schlüssige Stellungnahme verfasst und dabei akribisch genau die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren analysiert und gewürdigt. Er komme zur Schlussfolgerung, dass die im Jahre 2019 beschriebenen Veränderungen im Bereich des Aussenmeniskus des rechten Kniegelenkes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit einem Unfallereignis vom 24. Juli 2016 stünden, sondern Ausdruck einer schrittweisen, damals bereits ansatzweise nachweisbaren Degeneration des Aussenmeniskus bei diskoider Formvariante seien. Die gemäss Anamnese des Beschwerdeführers bestehende Beschwerdesymptomatik sei gemäss Unfallmedizin über mehrere Jahre als ein Überlastungssyndrom des Tractus iliotibialis gedeutet worden. Die vorhandene Malformation des Aussenmeniskus könne aber als Ursache der Beschwerdesymptomatik nicht von der Hand gewiesen werden. Der Verlauf der Zunahme der Degeneration von 2016

bis 2019 sei sogar gut zu erkennen. Die im Jahre 2016 erkennbaren diskreten Veränderungen mit horizontalen Läsionen des Aussenmeniskus hätten sich bis ins Jahr 2019 verstärkt und die Oberfläche des Meniskus erreicht. Somit könne der Auffassung des Beschwerdeführers, wonach «keinerlei degenerative Veränderungen» vorlägen, nicht gefolgt werden.

5. Vorweg ist festzuhalten, dass das vom Beschwerdeführer am 24. Juli 2016 erlittene Ereignis den Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG erfüllt, was unter den Parteien zu Recht unbestritten ist. Zwar ist bei sportlichen Tätigkeiten ein Unfall im Rechtssinne nur dann anzunehmen, wenn die sportliche Übung anders verläuft als geplant. Wenn sich das in einer sportlichen Übung inhärente Risiko einer Verletzung verwirklicht, läge dagegen kein derartiges Unfallereignis vor. Ein solches wäre auch dann zu verneinen, wenn die Übung zwar nicht ideal verläuft, die Art der Ausführung sich aber noch in der Spannweite des Üblichen des betreffenden Sportes bewegt (Urteil des Bundesgerichtes U 322/02 vom 7. Oktober 2003). Vom Beschwerdeführer wurde jedoch bereits in der Bagatellunfall-Meldung vom 24. August 2016 darauf hingewiesen, dass er sich eine Knieverletzung bei einem Zweikampf während eines Fussballspiels («verdreht / Schlag») zugezogen habe. Dies bestätigte der Beschwerdeführer auch anlässlich eines Telefonats vom 22. Mai 2019 (Suva-Nr. 26), wo er ergänzend ausführte, beim Fussballspielen sei ein Gegenspieler von aussen auf das rechte Knie gestossen, worauf er sofort Schmerzen verspürt habe. Mit dem durch den Gegenspieler verursachten Schlag auf das Knie liegt ein nicht programmgemässer äusserer Faktor vor, womit der Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG zu bejahen ist.

6. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 24. Juli 2016 bzw. den mit Schadenmeldung UV vom 13. Februar 2019 geltend gemachten Rückfall zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht betreffend MRT Kniegelenk nativ rechts vom 12. August 2016 (Suva-Nr. 3) wurden folgende Befunde erhoben: «Intakte Menisci, als Normvariante diskoider Meniskus lateral; Spur subchondrales Knochenmarksödem im medialen Femurkondylus zentral/anterior (postkontusionell?) ohne Frakturhinweis; Spur Gelenkerguss; leichtgradiges iliotibiales Bandsyndrom bei Spur Weichteilödem zwischen Traktus und lateralem Femurkondylus»

6.2 Im Bericht der F.____ betreffend Knie ap / lat / Patellatunnelaufnahme rechts vom 19. Oktober 2016 (Suva-Nr. 10) wurde als Befund festgehalten: «Der mediale Gelenkspalt ist frei einsehbar, ebenso der laterale. Der retropatellare Gelenkspalt ist breit erhalten. Die subchondralen Grenzflächen sind glatt. Der interkondyläre Tunnel ist gut einsehbar. Die knöchernen Strukturen stellen sich regelrecht dar. Der Kniegelenkwinkel beträgt auf der rechten Seite 4 valgus, auf der linken Seite

E. 4

valgus.»

6.3 Im Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, vom 18. November 2016, F.____, (Suva-Nr. 16) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer berichte von einer Druckdolenz eher im Tractusbereich. Die posttraumatisch durchgeführte MRI-Untersuchung habe eine geringe Flüssigkeitsansammlung in diesem Bereich gezeigt. Es sei möglich, dass sich hier eine posttraumatische Bursitis unter dem Tractus entwickelt habe, welche sich im Sinne einer Tractus iliotibialis-Symptomatik unterhalte.

6.4 Im Bericht von Dr. med. G.____ vom 9. Dezember 2016 (Suva-Nr. 17) wurde festgehalten, rund 3 Wochen nach Infiltration unter den Tractus berichte der Beschwerdeführer von einem sehr erfreulichen Verlauf. Er habe von Seiten des rechten Kniegelenkes keinerlei Beschwerden mehr. Er sei mit dem Verlauf sehr zufrieden. Der Befund sei am rechten Kniegelenk komplett unauffällig ohne Druckdolenz. Bei sehr erfreulichem Verlauf könne die Behandlung abgeschlossen werden.

6.5 Im Bericht vom 16. November 2017 (Suva-Nr. 23) führte Dr. med. G.____ aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine erneute Tractus-Symptomatik nach vermehrter Belastung am Knie rechts. Der Beschwerdeführer habe auch aufgrund seiner Beinachse eine Prädisposition zur Entwicklung eines Runners Knee. Nach rund einem Jahr stelle sich der Beschwerdeführer erneut in der Sprechstunde vor. Nach der Infiltration im vergangenen November sei er 2 Monate komplett beschwerdefrei gewesen. Im weiteren Verlauf hätten die Beschwerden wieder langsam begonnen. Er habe im Sommer sein Lauftraining intensiviert. Dabei habe er auch wieder vermehrt Schmerzen verspürt.

6.6 Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, H.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Februar 2018 (Suva-Nr. 27) ein Runners Knee rechts mit/bei Pes planovalgus. Klinisch zeige sich, wie bereits auch von Dr. med. G.____ geschildert, das klassische Bild eines «Runners Knee» durch eine Überlastung / Insertionstendinopathie des Tractus iliotibialis am Tub. gerdy. Als auslösender Faktor könnten die Knick-Senk-Füsse eine Rolle spielen, welche durch die Fehlstellung vor allem beim Laufen eine Mehrbelastung des Tractus verursacht.

6.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 7. Juni 2019 (Suva-Nr. 40) führte Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Kreisärztin, aus, eine Erstbeurteilung habe am 9. August 2016 mit der Diagnose einer Kniedistorsion und -kontusion stattgefunden. Ein MRI vom 12. August 2016 habe intakte Menisci sowie eine diskrete Flüssigkeitsansammlung zwischen Tractus iliotibialis und lateralem Femurkondylus gezeigt. In der orthopädischen Sprechstunde sei ein Runners Knee diagnostiziert, einmalig infiltriert und Physiotherapie verschrieben worden. Dadurch sei es zu einer Schmerzfreiheit gekommen. Im Februar 2018 habe sich der Versicherte erneut wegen Knieschmerzen rechts gemeldet. Das klassische Bild eines Runners Knee durch Überlastung des Tractus iliotibialis sei gefunden worden, als auslösender Faktor würden Knick-Senk-Füsse genannt, wie sie auch bei Herrn A.____ bestünden. Das MRI des rechten Knies von 2016 zeige keine unfallbedingte strukturelle Läsion. Somit sei der Zusammenhang der heutigen Beschwerden mit dem Ereignis 2016 nur möglich.

6.8 Im Bericht vom 21. Juni 2019 (Suva-Nr. 49) stellte Dr. med. C.____ folgende Diagnosen:

Ausgeprägte laterale Meniskusläsion rechts bei

Im aktuellen MRI vom 18. Juni 2019 zeige sich nun eine recht deutliche Rissbildung des lateralen Meniskus, passend zu den klinischen Beschwerden. Da die lateralen Beschwerden

seit dem Trauma 2016 bestünden, sei davon auszugehen, dass die Meniskusläsion wahrscheinlich schon seit dann bestehe, aber im MRI nicht dedektiert worden sei. Ein erneutes Trauma, welches die Rissbildung erklären könnte, liege nicht vor. Primär habe sich nach dem Unfall das MRI unauffällig gezeigt, was eine Meniskusläsion aber nicht sicher ausschliessen könne, da in den neuen Studien für den lateralen Meniskus eine Sensitivität von 83.33 % beschrieben worden sei (Shaw@all 2017). Bei der nun deutlich symptomatischen Meniskusläsion habe er dem Beschwerdeführer zur arthroskopischen Meniskusnaht geraten.

6.9 Im Austrittsbericht vom 9. August 2019 (Suva-Nr. 61) hielt Dr. med. C.____ fest, am 8. August 2019 sei eine Kniearthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie und latecaler Meniskusnaht rechts durchgeführt worden.

6.10 In seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 2019 (Suva-Nr. 74) führte Dr. med. C.____ aus, der Beschwerdeführer leide seit 2016 nach einem Schlag auf das Kniegelenk unter persistierenden Beschwerden. Zunächst sei er bei V.a. Runners knee entsprechend behandelt worden, was aber nie eine anhaltende Besserung gebracht habe. Die durchgeführten MRI-Bildgebungen seien zunächst weitestgehend unauffällig gewesen. In der klinischen Untersuchung zeigten sich im Seitenvergleich zum einen eine leichte posterolaterale Instabilität im Sinne einer vermehrten Aussenrotation bei 30° Flexion, was wohl auf eine Unfallwirkung zurückzuführen sei, sowie ein deutlicher lateraler Schmerz zum einen im Bereich des distalen Tractusansatzes wie zum anderen auch über dem Gelenkspalt. Bei progredienten Beschwerden sei in diesem Jahr nochmals ein MRI durchgeführt worden. Dort habe sich dann eine deutliche laterale Meniskusläsion gezeigt, passend zu den klinischen Beschwerden. Da seit dem Trauma 2016 kein erneuter Unfall vorgelegen habe, sei seines Erachtens davon auszugehen, dass die Beschwerden auf das Trauma von 2016 zurückzuführen seien. Zum einen lasse sich die leichte posterolaterale Instabilität nicht anders erklären und zum andern könne diese auch zu einer Überlastung des Tractus iliotibialis mit entsprechendem Runners knee und schlussendlich auch zur Ausbildung einer Meniskusläsion führen. Eine rein degenerative Ursache der Meniskusläsion sei bei dem doch jungen Alter des Beschwerdeführers und ansonsten keinerlei degenerativen Veränderungen eher unwahrscheinlich.

6.11 In der chirurgischen Beurteilung vom 25. November 2019 (Beilage 1 zur Beschwerdeantwort) hielt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, fest, die im Jahr 2016 erkennbaren diskreten Veränderungen mit horizontalen Läsionen des Aussenmeniskus hätten sich im Jahr 2019 verstärkt und die Oberfläche des Meniskus erreicht. Die Ursache für den entstehenden Schaden im Bereich des Meniskus sei der Scheibenmeniskus Watanabe Typ B und nicht ein erlittenes Distorsionstrauma im Jahre 2016. Es könne daher der Beurteilung der Kollegin B.____ gefolgt werden, die eine unfallbedingte Veränderung am Meniskus ausschliesse. Hierzu müsse erwähnt werden, dass auch im Rahmen der Hyperkompression des Aussenmeniskus degenerative Veränderungen bei Überbelastung und starker sportlicher Tätigkeit im Sinne einer chronischen Überlastung entstehen könnten und daraus folgender Degeneration. Die im Jahre 2019 beschriebenen Veränderungen im Bereich des Aussenmeniskus des rechten Kniegelenkes des Beschwerdeführers würden somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Juli 2016 stehen, sondern seien Ausdruck einer schrittweisen, damals bereits ansatzweise nachweisbaren Degeneration des Aussenmeniskus bei diskoider Formvariante.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihren Rechtschriften im Wesentlichen auf die von ihr im Beschwerdeverfahren eingereichte chirurgische Beurteilung von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 25. November 2019 (Beilage 1 zur Beschwerdeantwort), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. 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 465 E. 4.4. S. 470 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_481/2016 vom 18. Januar 2017 E. 2.2).

7.2 Dr. med. E.____ setzt sich in seiner chirurgischen Beurteilung eingehend mit den vorliegenden MR-Bildern auseinander und hält fest, auf den MR-Bildern seien die Veränderungen des Aussenmeniskus im Jahre 2016 zu erkennen und deren Verstärkung im Jahre 2019. Gleichzeitig sei in den MR-Bildern erkennbar, dass es sich, wie von den Radiologen beschrieben, um eine diskoidale Meniskusform handle (Scheibenmeniskus). Hierzu sei zu erwähnen, dass eine ähnliche Konfiguration auch im linken Kniegelenk anlässlich einer Untersuchung im Jahr 2013 bestanden habe (Typ Wrisberg). Vom Radiologen nicht näher eingeteilt worden sei das Ausmass des Scheibenmeniskus. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik und der Befundkonstellation sei hier von einem Scheibenmeniskus Watanabe Typ II auszugehen. In der Kernspintomografie erkenne man in den seitlichen Aufnahmen eine durchgehende Meniskusformation in allen Schnitten des lateralen Gelenkspaltes. In der Folge gelangt Dr. med. E.____ zum Schluss, die Ursache für den entstehenden Schaden im Bereich des Meniskus sei der Scheibenmeniskus Watanabe Typ B und nicht ein erlittenes Distorsionstrauma im Jahre 2016. Dies begründet Dr. med. E.____ in seiner chirurgischen Beurteilung überzeugend: Der Versicherte habe ein Unfallereignis im Jahre 2016 geltend gemacht, als er beim Fussballspielen einen Schlag, gegebenenfalls auch kombiniert mit einer Distorsion, im Bereich des rechten Knies erlitten habe. Zu diesem Zeitpunkt sei er in ambulanter Behandlung aufgrund von Beschwerden im linken Knie gestanden, wie sie in den Befunden der F.____ vom Oktober 2016 auch noch mitbeschrieben worden seien. Zeitnah zum Unfallereignis vom 24. Juli 2016 sei eine Kernspintomografie des rechten Kniegelenkes angefertigt worden. Hierbei hätten sich keine unfallbedingten strukturellen Läsionen gezeigt. Bei genauer Inspektion des Aussenmeniskus habe sich jedoch bereits hier eine beginnende horizontale Läsion im Bereich des Aussenmeniskus von der Basis ausgehend gezeigt, die jedoch in keinem Punkt die Oberfläche erreicht habe. Diese Veränderungen typisch degenerativer Art seien in der radiologischen Befunderhebung jedoch nicht erwähnt worden. Von Seiten des behandelnden Facharztes für Orthopädie sei eine Überlastung des Tractus iliotibialis angenommen und mit einer lokalen Infiltration am Tuberculum Gerdy am proximalen Unterschenkel behandelt worden. Hierunter sei der Versicherte dann vollständig beschwerdefrei gewesen. Er habe sich jedoch ca. ein Jahr nach Abschluss der Behandlung nochmals mit wieder bestehender Beschwerdesymptomatik vorgestellt. Ein Runners Knee als Ursache der Beschwerdesymptomatik sei bei der starken körperlichen und sportlichen Belastung des Versicherten angenommen worden. Eine entsprechende physiotherapeutische

Behandlung sowie Eigen­therapie hätten der Reduzierung der Schmerzsymptomatik gedient. Auch nach dieser Behandlung sei zunächst kein weiterer ärztlicher Besuch mehr dokumentiert. Wiederum ein Jahr später habe sich der Versicherte in der H.____ vorgestellt. Von Seiten des untersuchenden Kollegen sei jedoch der identische Befund mit den Vorbefunden aus der F.____ erhoben und auch die gleiche Diagnose nach ausführlicher klinischer Untersuchung übernommen worden. Bei Zunahme der Schmerzsymptomatik im Jahr 2019 sei am 18. Juni 2019 nochmals eine Kernspintomografie des Kniegelenkes durchgeführt worden. Hierbei zeige sich jetzt im Bereich des Aussenmeniskus eine Zunahme der bereits im Jahre 2016 diskret angedeuteten Veränderungen, ausgehend von der Basis des Meniskus, jetzt mit Übergang in die Oberfläche, sodass hier eine komplexe Läsion des Meniskus entstanden sei. Der jetzt beschriebene Befund sei Ausdruck einer zunehmenden Degeneration, die ansatzweise in den Befunden des Jahres 2016 schon erkennbar sei. Weitere Veränderungen im Bereich des Kniegelenkes im Sinne von Knorpel­degenerationen seien jedoch nicht nachweisbar. Auf der Basis dieser kernspintomografischen Untersuchung sei eine Arthroskopie geplant und durchgeführt worden. Hierbei sei der Meniskus zum Teil reseziert und zum Teil genäht worden. Dies entspreche den Empfehlungen bei Diagnose eines symptomatischen Scheibenmeniskus. Von Seiten des jetzt behandelnden Orthopäden werde aufgrund der lang anhaltenden Beschwerdesymptomatik nachträglich der Unfall aus dem Jahre 2016 als ursächlich für die jetzige Beschwerdesymptomatik erklärt. Festgehalten werden müsse, dass seit 2016 kein neues Unfallereignis geltend gemacht worden sei und sich kernspintomografisch der bereits 2016 angedeutete Schaden im Bereich des Meniskus, der jedoch vom Radiologen nicht beschrieben worden sei, ausgeprägter darstelle. Übereinstimmend in der radiologischen Befundung habe 2016 als auch jetzt eine Beschreibung des Aussenmeniskus als diskoider Meniskusform bestanden. Bei dieser Veränderung des Meniskus handle es sich um eine anlagebedingte Störung des Meniskus, die einen vorzeitigen Verschleiss auch schon in jungen Jahren nach sich ziehe. Auf der Basis der eingehenden fachärztlichen und bild­technischen Diagnostik könne festgehalten werden, dass bei guter Darstellung des Aussenmeniskus im Jahre 2016 im MRI ein beginnend degenerativer Meniskus­schaden erkennbar sei, der in der MRI­Untersuchung aus dem Jahre 2019 in seinem Ausmass zugenommen habe und jetzt auch die Oberfläche des Meniskus erreicht habe. Aufgrund der technisch einwandfreien Untersuchung aus dem Jahre 2016 könne daher festgehalten werden, dass der jetzt im 2019 beschriebene Schaden zum damaligen Zeitpunkt nicht bestanden habe. Auch wenn laut Aussage von Dr. med. C.____ die Sensitivität der Darstellung einer Meniskusläsion im MRI nur bei 83,33 % liege, wäre ein solcher Schaden, wie er jetzt zur Darstellung komme, auch in der Untersuchung 2016 erkennbar gewesen. In der Literatur sei die Sensitivität der Darstellung von Meniskusläsionen im MRT in Abhängigkeit von der Lokalisation und von Begleitverletzungen zu sehen. So beschreibe Hempfling bei der Analyse der einschlägigen Literatur bei intaktem Kreuzband eine Sensitivität des Aussenmeniskus­schadens im MRI von 94 %■ wobei Schwankungen in Abhängigkeit der verwendeten Technik zu erkennen seien. Auch im Operationsbericht von Dr. med. C.____ werde der inkomplette Scheibenmeniskus ausdrücklich bestätigt. Die frühzeitige Degeneration eines Scheibenmeniskus mit entsprechender Beschwerdesymptomatik sei in der Literatur beschrieben. Die in der Anamnese des Versicherten bestehende Beschwerdesymptomatik sei über mehrere Jahre als ein Überlastungssyndrom des Tractus iliotibialis gedeutet worden. Die bestehende Malformation des Aussenmeniskus als Ursache der Beschwerdesymptomatik sei jedoch

nicht von der Hand zu weisen. Hierbei sei der Verlauf der Zunahme der Degeneration von 2016 bis 2019 gut zu erkennen. Die im 2016 erkennbaren diskreten Veränderungen mit horizontalen Läsionen des Aussenmeniskus hätten sich im Jahr 2019 verstärkt und die Oberfläche des Meniskus erreicht. Die Ursache für den entstehenden Schaden im Bereich des Meniskus sei der Scheibenmeniskus Watanabe Typ B und nicht ein erlittenes Distorsionstrauma im Jahre 2016. Es könne daher der Beurteilung der Kollegin B.____ gefolgt werden, die eine unfallbedingte Veränderung am Meniskus ausschliesse. Hierzu müsse erwähnt werden, dass auch im Rahmen der Hyperkompression des Aussenmeniskus degenerative Veränderungen bei Überbelastung und starker sportlicher Tätigkeit im Sinne einer chronischen Überlastung entstehen könnten und daraus folgender Degeneration. Gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. E.____ vermag schliesslich auch seine Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach die im Jahre 2019 beschriebenen Veränderungen im Bereich des Aussenmeniskus des rechten Kniegelenkes des Beschwerdeführers somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Juli 2016 stehen würden, sondern Ausdruck einer schrittweisen, damals bereits ansatzweise nachweisbaren Degeneration des Aussenmeniskus bei diskoider Formvariante seien.

Für das von Dr. med. E.____ überzeugend begründete Resultat spricht im Übrigen auch dafür, dass eine Rückfallkausalität aufgrund fehlender Brückensymptome ebenfalls zu verneinen wäre. Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55). Aus den Akten ist diesbezüglich ersichtlich, dass der Beschwerdeführer nach der Infiltration am 18. November 2016 (Suva-Nr. 16), in deren Folge mit Bericht vom 9. Dezember 2016 (Suva-Nr. 17) aufgrund Beschwerdefreiheit die Behandlung abgeschlossen wurde, erst wieder am 16. November 2017 (Suva-Nr. 23) bei Dr. med. G.____ wegen Beschwerden am Knie rechts vorstellig wurde. Der Beschwerdeführer gab zwar an, nach der Infiltration im vergangenen November sei er nur 2 Monate komplett beschwerdefrei gewesen. Im weiteren Verlauf hätten die Beschwerden wieder langsam begonnen. Er habe im Sommer sein Lauftraining intensiviert. Dabei habe er auch wieder vermehrt Schmerzen verspürt. Aber selbst wenn der Beschwerdeführer dazwischen gelegentlich unter gewissen einschlägigen Symptomen gelitten hat, kommt diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Brückensymptome zu; jedenfalls waren sie nicht derart erheblich, dass sie zwischen November 2016 und November 2017 Behandlungen erforderlich machten oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 3.2.2).

7.3 Am Beweiswert der chirurgischen Beurteilung von Dr. med. E.____ vermögen auch die entgegengesetzten Berichte des behandelnden Chirurgen, Dr. med. C.____, nichts zu ändern. Wie die Beschwerdegegnerin zurecht darauf hingewiesen hat, gründet die Beurteilung von Dr. med. C.____ teilweise auf eine unzulässige «post hoc, ergo propter hoc»
■ Argumentation, wenn er ausführt, da die lateralen Beschwerden seit dem Trauma 2016 bestünden, sei davon auszugehen, dass die Meniskusläsion wahrscheinlich schon seit dann

bestehe. So ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Auch wenn unbestrittenermassen nach dem Unfallereignis vom 24. Juli 2016 kein neuer Unfall erstellt ist, kann daraus und aus dem Umstand, dass die Beschwerden erst nach dem Ereignis vom 24. Juli 2016 auftraten, nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden. Im Weiteren ist Dr. med. C. ___ zwar insofern Recht zu geben, dass auch bei einem nach dem Unfall unauffälligem MRI-Befund eine Meniskusküläsion nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Dem hielt Dr. med. E. ___ in seiner Beurteilung, wie vorgehend festgehalten, aber überzeugend entgegen, dass auch wenn, laut Aussage von Dr. med. C. ___, die Sensitivität der Darstellung einer Meniskusküläsion im MRI nur bei 83,33 % liege, ein solcher Schaden, wie er jetzt zur Darstellung komme, auch in der Untersuchung 2016 erkennbar gewesen wäre. In der Literatur sei die Sensitivität der Darstellung von Meniskusküläsionen im MRT in Abhängigkeit von der Lokalisation und von Begleitverletzungen zu sehen. So beschreibe Hempfling bei der Analyse der einschlägigen Literatur bei intaktem Kreuzband eine Sensitivität des Aussenmeniskusschadens im MRI von 94 % ■ wobei Schwankungen in Abhängigkeit der verwendeten Technik zu erkennen seien. Auch im Operationsbericht von Dr. med. C. ___ werde der inkomplette Scheibenmeniskus ausdrücklich bestätigt. Die frühzeitige Degeneration eines Scheibenmeniskus mit entsprechender Beschwerdesymptomatik sei in der Literatur beschrieben. Schliesslich ist zum Einwand von Dr. med. C. ___, wonach eine rein degenerative Ursache der Meniskusküläsion bei dem doch jungen Alter des Beschwerdeführers und ansonsten keinerlei degenerativen Veränderungen eher unwahrscheinlich sei, anzufügen, dass Dr. med. E. ___ in seiner chirurgischen Beurteilung überzeugend eine degenerative Genese der Meniskusküläsion aufgezeigt hat (vgl. E. 7.2 hiervor). Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. C. ___ auch deswegen nur geringer Beweiswert zuzumessen ist. Es bestehen auch keine geringfügigen Zweifel am Bericht von Dr. med. E. ___.

E. 8

8.1 Schliesslich ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Verletzung des Beschwerdeführers zumindest als unfallähnliche Körperschädigung qualifiziert werden müsse und daher eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestünde.

8.2 Mit der ersten UVG-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2017) wurde das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung von der Verordnung ins Gesetz überführt. Art. 6 Abs. 1 UVG sieht unverändert vor, dass ■ soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt ■ die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt werden. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Unfallversicherung erbringt gemäss der ab 1. Januar 2017 geltenden Bestimmung Art. 6 Abs. 2 UVG ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a.

Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Der Wortlaut deutet darauf hin, dass der Unfallversicherer nicht nur bei Unfällen und Berufskrankheiten leistungspflichtig ist, sondern auch bei bestimmten Körperschädigungen, und zwar unabhängig vom Vorliegen einzelner Unfallkriterien gemäss Art. 4 ATSG. In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass es sich bei der vorliegend diagnostizierten Meniskusläsion unbestrittenermassen um eine der vorgenannten Körperschädigungen handelt. Der Unfallversicherer kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2008 S. 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2014 S. 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

8.3 Diesbezüglich ist auf eine sehr ähnlich gelagerte Fallkonstellation zu verweisen, über welche das Bundesgericht im Urteil 8C_22/2019 vom 24. September 2019 zu entscheiden hatte. Darin war die Frage zu klären, ob die Suva ■ nachdem sie ein Ereignis als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen Leistungen erbracht hatte, hiernach jedoch feststellte, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht unfallkausal war ■ ihre Leistungspflicht nun noch unter dem Titel von Art. 6 Abs. 2 UVG (Meniskusriss als sogenannte Listendiagnose) zu prüfen hat. Das Bundesgericht hielt hierzu in E. 9.2 fest: «Im hier zu beurteilenden Fall verhält es sich so, dass die Suva das Ereignis vom 4. Mai 2017 zwar als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht hat. Die medizinischen Abklärungen ergaben in der Folge aber, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 zurückzuführen ist. Beim Unfall kam es lediglich zu einer Knieprellung mit einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Mit anderen Worten hat die Suva den Nachweis dafür erbracht, dass das Ereignis vom 4. Mai 2017 keine auch nur geringe Teilursache des Meniskusrisses bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, zumal es ■ wie die Vorinstanz festgestellt hat ■ keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom 4. Mai 2017 eingetretenes initiales Ereignis gibt, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit.» Das Gleiche hat auch im vorliegenden Fall zu gelten: Gestützt auf die beweiswertige chirurgische Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 25. November 2019 ist es erstellt, dass der Unfall vom 24. Juli 2016 keine auch nur geringe Teilursache der Meniskusläsion bildet. Damit ist gleichzeitig die Vermutung der Leistungspflicht der Unfallversicherung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch unter diesem Titel zu verneinen.

E. 9

9.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

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