

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.299 vom 25. August 2025**

SO Obergericht, 2025-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.299\\_d20250825](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.299_d20250825)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.299 du 25 août 2025

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.299 del 25 agosto 2025

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der Einspracheentscheid vom 9. November 2023 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Es sei festzustellen, dass die im Bereich des linken oberen Sprunggelenks und des linken Kniegelenks sowie im Rücken, ausstrahlend in das linke Bein auftretenden Beschwerden des Beschwerdeführers unfallkausal seien.

### **E. 3**

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer

Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.3).

3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 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. Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar:

4.1 Die am 20. Februar 2020 erstellte Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Kniegelenkes zeigte gemäss dem Bericht des Röntgeninstituts [...] gleichen Datums eine mukoide Degeneration des Innenmeniskushinterhorns und Korpus mit einem horizontalen, Meniskusunterfläche in der Peripherie reichendem Riss im Korpus, intakte übrige Kniebinnenstrukturen; kleine septierte zystische Formation mediodorsal des HKB, primär mit Kreuzbandganglion Typ III, DD parameniskaler Zyste zu vereinbaren; Multilokuläre Baker-Zyste, leichte fissurale retropatellare Chondropathie Grad II nach Outerbridge (Swica-Nr. 1, S. 2 f.).

4.2 Am 21. Februar 2020 wurde eine MRT des linken oberen Sprunggelenkes (OSG) nativ erstellt, wobei der entsprechende Bericht des Röntgeninstituts [...] gleichen Datums eine etwa 11 x 11 mm messende, (eventuell chronische) osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter mit zumindest partiell defizitärem Knorpel sowie leichter Impressionskomponente ebendort wie oben beschrieben zeigte. Ansonsten OSG reizlos, kein Erguss. Kein Hinweis auf eine frische ligamentäre Läsion. Syndesmose intakt (Swica-Nr. 1, S. 4 f.).

4.3 Am 2. März 2021 fand eine Konsultation in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde des Kantonsspitals [...] statt. Dabei hielten die behandelnden Ärzte der Wirbelsäulenchirurgie des Kantonsspitals [...] folgende Diagnosen fest: Grosse nach caudal sequestrierte Diskushernie L2/3 mit Kompression der Nervenwurzel L3 links recessal (1.), Diskusprotrusion L 5/S1 (2.). Der Beschwerdeführer berichte über eine Beinheberschwäche links, welche ihm vor ca. zwei Wochen erstmalig richtig aufgefallen sei. Das Problem sei aber schleichend gekommen, er habe schon seit längerem das Gefühl, er habe weniger Kraft im linken Bein. Vor allem beim Treppaufsteigen und beim schnellen Laufen bemerke er nun eine Kraftminderung links. Zudem habe er Schmerzen, welche von gluteal über den ventralen Oberschenkel bis zur linken Knie-Innenseite ziehen. Manchmal gingen die Schmerzen auch bis zum Knöchel

runter. Er sei aufgrund der Hüfte schon in Aarau in der E. \_\_\_ in Abklärung gewesen. Er habe seit einem Sprung von grosser Höhe vor ca. einem Jahr Beschwerden in der linken Hüfte und dem linken Knie. Er sei auch schon bei Dr. F. \_\_\_ im Hause auf Grund von OSG-Beschwerden link gewesen, welche am ehesten im Rahmen eines osteochondralen Flake des Talus kommen würden. Er arbeite als Lagerist, aktuell aufgrund der Beschwerden arbeitsunfähig geschrieben. Keine fixe Medikation. Weiter hielten die behandelnden Ärzte folgende Befunde fest: Flüssiges Gangbild. Sensibilitätsminderung des linken Oberschenkels und Unterschenkels medial sowie lateral. Sensibilität medialer und lateraler Fussrand intakt. Fussheber und Fussenskerchwäche M4 links. Hüftbeugerschwäche links M4. Knie Flexion und Extension beidseits M5. Hüft- und Kniegelenk links schmerzfrei, in vollem Bewegungsausmass beweglich. Leichte Druckdolenz ca. L4/5, keine paravertebrale Druckdolenz. Keine Schmerzzunahme bei Oberkörperrotation oder Neigung nach links. Lasègue negativ. Die behandelnden Ärzte konstatierten, man sehe die Beinheberschwäche zusammenhängend mit der grossen, nach caudal sequestrierten Diskushernie L2/3 mit Nervenwurzelkontakt der L3-Wurzel links. Da die Diskusprotrusion in der T2-Wichtung wasserhaltig sei, sehe man hier gute Chancen, die Beschwerden mit einer Infiltration zu lindern. Man vereinbare deshalb einen Termin zur Infiltration (Swica-Nr. 2).

4.4 Gemäss Infiltrationsbericht vom 10. März 2021 wurde eine epidurale Infiltration auf Höhe L2/3 links mit 40 mg Kenacort durchgeführt (Swica-Nr. 3).

4.5 Am 30. März 2021 fand eine erneute Konsultation in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde des Kantonsspitals [...] statt. Der Beschwerdeführer berichte über persistierende Beschwerden mit Schmerzen vom linken Becken in die linke Leiste ausstrahlend. Ebenso weiterhin Schwäche der Oberschenkelmuskulatur vor allem beim Treppensteigen und beim Aufstehen aus dem Sitzen. Durch die Infiltration habe er ca. eine 20%ige Verbesserung der Beschwerden verspürt. Er frage nach weiteren konservativen Therapiemöglichkeiten mit erneuter Infiltration und Physiotherapie. Festgestellt wurde ein flüssiges, hinkfreies Gangbild. Sensibilität des lateralen Oberschenkels links leicht vermindert im Vergleich zur Gegenseite, ansonsten seitengleiche Sensibilität der unteren Extremitäten. Hüftbeugerschwäche M4 links. Knieflexion und Extension beidseits M5. Fussheber und -senker beidseits M6. Hüftgelenk links frei beweglich. Man bespreche mit dem Beschwerdeführer die beiden Möglichkeiten eines operativen Vorgehens wie auch nochmals einem konservativen Therapieversuch. Man schlage eine nochmalige Infiltration L2/3, ein erneutes MRI der LWS ca. drei Wochen nach Infiltration zur Verlaufsbeurteilung der Hernie und eine Besprechung in der Sprechstunde vor. Sollte die Hernie und die Beschwerden weiter rückläufig sein, könne mit dem konservativen Therapieversuch weitergefahren werden. Sollte sich die Hernie nicht zurückbilden, werde man dann die Operation in die Wege leiten (Swica-Nr. 4).

4.6 Gemäss Infiltrationsbericht vom 7. April 2021 wurde eine erneute epidurale Infiltration auf Höhe L2/3 links mit 40 mg Kenacort durchgeführt (Swica-Nr. 5).

4.7 Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulen Chirurgie des Kantonsspitals [...] vom 27. April 2021 wird festgehalten, die jetzt vorliegende Verlaufskontroll-MRT-Untersuchung zeige einen sehr schönen Rückgang der Diskushernie L2/3, eine linksseitige Kompression lasse sich heute nicht mehr nachweisen. Somit zeige sich eigentlich ein guter Verlauf nach der Infiltration, die Dehydrierung der weichen Diskusanteile sei gut gelungen und auch schön dokumentiert (Swica-Nr. 6).

4.8 Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulen Chirurgie des Kantonsspitals [...] vom 17. August 2021 wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei heute nahezu beschwerdefrei, er habe keine Schmerzen mehr und die volle Kontrolle über sein linkes Bein. Eine gewisse

Dysästhesie scheine noch vorzuliegen, allerdings komme er hiermit sehr gut zurecht und es bedürfe keiner weiteren therapeutischen Intervention. Die Untersuchung sei unauffällig, er könne problemlos inklinieren und schmerzfrei aufrichten. Kein Klopf- oder Druckschmerz. Die Motorik sei beidseits seitengleich Intakt und die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar. Man habe die Behandlung abgeschlossen (Swica-Nr. 7). 4.9 Am 10. April 2022 nahm Dr. med. D. \_\_\_ als beratender Expertenarzt der Beschwerdegegnerin (vgl. Swica-Nr. 24, S. 3) eine Aktenbeurteilung vor (Swica-Nr. 25). Darin führte er aus, der Beschwerdeführer gebe an, er habe sich am 18. Februar 2020 beim Absteigen von einem Stapler das linke Knie und das linke OSG verletzt. Eine MRT des linken Knies vom 20. Februar 2020 habe eine mukoide Degeneration des Innenmeniskushinterhorns und Korpus mit einem horizontalen, Meniskusunterfläche in der Peripherie reichendem Riss im Korpus bei intakten übrigen Kniebinnenstrukturen gezeigt. Eine MRT des linken Sprunggelenks vom 21. Februar 2020 habe eine etwa 11 x 11 mm messende, (eventuell chronische) osteochondrale Läsion an der medialen Talusschulter mit zumindest partiell defizitärem Knorpel sowie leichter Impressionskomponente ebendort bei ansonsten reizlosen OSG ohne Erguss und ohne Hinweis auf eine frische ligamentäre Läsion oder Läsion der Syndesmose gezeigt. Im März 2020 (recte: 2021) habe der Beschwerdeführer über eine schleichend zunehmende Beinheberschwäche links geklagt, welche ihm vor ca. zwei Wochen erstmalig richtig aufgefallen sei. Eine MRT der LWS vom 22. Februar 2020 (recte: 2021) habe eine grosse, nach kaudal umgeschlagene Diskusextrusion Höhe LWK 2/3 mit Punctum maximum zentral bis links subartikulär und deutlicher Verlagerung/beginnender Kompression der Nervenwurzel L3 links rezessal und eine flache, breitbasige Diskusprotrusion Höhe LWK 5/SWK 1 mit zumindest Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 links rezessal gezeigt. Es sei eine 2-malige Infiltrationsbehandlung der betroffenen Höhe erfolgt und der Beschwerdeführer sei dadurch beschwerdefrei geworden. Eine Kontroll-MRT der LWS habe einen sehr schönen Rückgang der Diskushernie L2/3 gezeigt, eine linksseitige Kompression habe sich nicht mehr nachweisen lassen. Im Anschluss daran wurden folgende Diagnosen festgehalten: Überlastungen linkes OSG und linkes Knie am 18. Februar 2020 mit/bei: chronischer osteochondraler Läsion an der medialen Talusschulter, mukoider Degeneration des Innenmeniskus mit Horizontalriss im Bereich des Hinterhorns und Korpus, Diskushernie LWK 2/3 mit beginnender Kompression der Nervenwurzel L3 links rezessal, breitbasiger Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 mit Dorsalverlagerung der Nervenwurzel S1 links rezessal und Status nach zwei Infiltrationsbehandlungen. Dr. med. D. \_\_\_ konstatierte, das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 sei für die Beschwerden im Bereich des linken OSG und des linken Knies eine bloss mögliche Ursache der gesundheitlichen Störung und für die Beschwerden im Bereich des Rückens, ausstrahlend in das linke Bein könne keinerlei Kausalität gesehen werden. Die MRT des linken OSG und des linken Kniegelenkes zeigten keine traumatisch bedingten Läsionen. Die Knorpelläsion im Bereich des Talus sei degenerativ bedingt, für eine traumatische Läsion fehle ein adäquates Knochenmarksignal. Zudem sei der Kapsel-Bandapparat des Sprunggelenks wie auch des Kniegelenks in der MRT völlig unauffällig. Der Innenmeniskus zeige eine mukoide Degeneration sowie eine horizontale Rissform, die definitionsgemäss degenerativ bedingt sei. Es würden auch keinerlei Behandlungen der beiden Gelenke berichtet. Bezüglich der Lendenwirbelsäulenbeschwerden, ausstrahlend in das linke Bein, gebe der Beschwerdeführer selbst an, die Beschwerden seien schleichend aufgetreten und bestünden seit ca. Mitte Februar 2021. Ein Zusammenhang mit dem vor einem Jahr angegebenen

Unfall im Februar 2020 könne nicht gesehen werden. Eine traumatische Bandscheibenläsion müsse umgehend (spätestens innerhalb von 72 Stunden) zu neurologischen Ausfällen führen. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. In der MRT zeigten sich typische degenerative Veränderungen der betroffenen Bandscheiben. Es bestehe keine Unfallkausalität. Unter der Annahme eines minimalen Distorsionstraumas des linken OSG und des linken Kniegelenks, wofür es allerdings bildgebend keinerlei Anhalt gebe, der status quo sine sei spätestens am 21. Februar 2020 (MRT OSG) wieder erreicht gewesen, da es aufgrund der oben beschriebenen degenerativen Veränderungen in beiden Gelenken mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 zu dieser Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustands im gegenwärtigen Umfang gekommen wäre. 5. Die Beschwerdegegnerin wies die Einsprache mit Entscheid vom 9. November 2023 ab mit der Begründung, gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 10. April 2022 sei der Beweis mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 zurückzuführen seien. Auf eine Rückforderung der bis zum erstmaligen Behandlungsabschluss am 18. März 2020 bzw. darüber hinaus erbrachter Versicherungsleistungen werde verzichtet.

## **E. 6**

6.1 Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben und ist für die streitigen Belange umfassend. Der beratende Arzt hat die medizinischen Zusammenhänge unter Berücksichtigung der Befunde und der geklagten Beschwerden einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Somit liegt eine den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien entsprechende ärztliche Entscheidungsgrundlage vor (vgl. E. 3.2). Der Umstand, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, vermag den Beweiswert seiner Beurteilung im Übrigen nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss kann unter diesen Voraussetzungen ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

6.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte auf die in den verschiedenen Untersuchungen erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen ab und begründete unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte nachvollziehbar, dass das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 für die Beschwerden im Bereich des linken OSG und des linken Knies eine bloss mögliche Ursache der gesundheitlichen Störung war und für die Beschwerden im Bereich des Rückens, ausstrahlend in das linke Bein keine Kausalität gesehen werden kann. Er führte mit Blick auf die MRT des linken OSG und des linken Kniegelenks überzeugend aus, dass diese keine traumatisch bedingten Läsionen aufweisen, die Knorpelläsion im Bereich des Talus degenerativ bedingt ist und der Innenmeniskus eine mukoiden Degeneration sowie eine horizontale Rissform zeigen, welche definitionsgemäss degenerativ bedingt ist. Bezüglich der Lendenwirbelsäulenbeschwerden stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ typische degenerative Veränderungen der betroffenen Bandscheiben fest, weshalb ein Zusammenhang zum Unfallereignis zu verneinen ist (Swica-Nr. 25). An dieser Einschätzung vermögen die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte seiner behandelnden Ärzte (Beschwerdebeilage 5 ■ 9) keine Zweifel zu erwecken:

6.3 In dem vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 5) wird ausgeführt, auf der linken Seite bestehe eine wahrscheinlich posttraumatische Läsion in der medialen Talusschulter. Seit dem Unfall vom 18. Februar 2020 habe der Beschwerdeführer ebenda Schmerzen, die in letzter Zeit zugenommen hätten. Als Diagnose wird (u.a.) eine symptomatische osteochondrale Läsion der medialen Talusschulter links nach OSG-Distorsion vom 18. Februar 2020 angegeben (vgl. auch Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [Beschwerdebeilage 6]). Mit Schreiben vom 20. November 2023 (Beschwerdebeilage 7) an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers führt Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, aus fusschirurgischer Sicht sei die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bzw. die Operation, die am 14. August 2023 notwendig gewesen sei, klar auf das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 zurückzuführen.

6.4 Die Argumentation von Dr. med. G.\_\_\_\_ nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2, 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2022 vom 13. September 2023 E. 5.2.2). Schliesslich begründet die behandelnde Ärztin ihre Einschätzung der Kausalitätsfrage nicht näher und diese erscheint gestützt auf die medizinische Aktenlage als nicht nachvollziehbar. Ihre Hauptargumentation basiert auf Annahmen zur unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Symptomatik und zum anschliessenden Beschwerdeverlauf, welche, weder dokumentiert sind noch auf eigene Wahrnehmungen der Ärztin gestützt werden können. Aus dem Sprechstundenbericht des Kantonsspitals [...] vom 26. Januar 2021 (Swica-Nr. 46) geht überdies hervor, dass die osteochondrale Läsion im OSG links bereits im Jahr 2018 festgestellt worden war. Unter «Bildgebung» (Röntgen) wird ausgeführt, eine bereits auf dem Bild von 2018 sichtbare Läsion an der medialen Talusschulter links zeige sich auf dem heutigen Bild immer noch. Die gute Nachricht sei, dass sie nicht grösser erscheine und der Gelenkspalt weiterhin harmonisch erscheine. Das Unfallereignis vom 18. Februar 2020 findet in diesem Bericht keine Erwähnung. Somit wurde die osteochondrale Läsion im linken OSG bereits vor dem Unfallereignis vom 18. Februar 2020 festgestellt. Schliesslich gilt es auch die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

6.5 Soweit der Beschwerdeführer zudem geltend macht, dass die Rückenbeschwerden vorliegend aufgrund der Fehlbelastung durch die unfallbedingten Fuss- und Knieverletzungen entstanden seien, findet seine Behauptung in den medizinischen Akten ebenfalls keine Stütze. Keiner der behandelnden Ärzte, die der Beschwerdeführer betreffend Rückenbeschwerden aufsuchte, bringt die Diskushernie des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2020 in Verbindung (vgl. insb. Beschwerdebeilage 8 ■ 9). Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf die schlüssige Beurteilung des beratenden Expertenarztes einlässlich dargelegt, dass die Lendenwirbelsäulenbeschwerden nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2020 stehen. Dr. med. D.\_\_\_\_ ging in nachvollziehbarer Weise von typischen degenerativen Veränderungen der betroffenen Bandscheiben aus. Diese Einschätzung steht auch im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht,

dass praktisch alle Diskushernien und -protrusionen bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Die ausnahmsweise Annahme einer Unfallkausalität setzt voraus, dass das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) oder -protrusion unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_765/2020 vom 4. März 2021 E. 2.3). Dies war vorliegend jedoch gerade nicht der Fall, lagen beim Beschwerdeführer doch keine unverzüglichen Symptome einer Diskushernie vor. Im Ergebnis fehlt es auch betreffend die Rückenbeschwerden am erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer unfallkausalen Verursachung.

6.6 Zusammenfassend vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die eingereichten Berichte seiner behandelnden Ärzte an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel zu wecken. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Bei der vorliegenden Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen zur Unfallkausalität der Beschwerden keine anderslautenden weiteren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 II 427 E. 3.1.3 mit Hinweisen).

7. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. November 2023 ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit 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

Der Vizepräsident

Flückiger

Die Gerichtsschreiberin

Gottesman

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