

SO_GERICHTE VSBES.2024.11 vom 4. Dezember 2023

SO Obergericht, 2023-12-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.11

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.11 du 4 décembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.11 del 4 dicembre 2023

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1977 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war im Zeitpunkt des Schadensereignisses vom 25. August 2022 seit dem 1. April 2021 als Gerüstmonteur bei der B.____ in [...] angestellt und in dieser Eigenschaft gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) versichert (Suva-Aktennummer [Suva-Nr.] 1).

1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 25. August 2022 auf der Baustelle gestürzt, sei auf das rechte (recte: linke) Knie gefallen und habe sich an diesem einen Riss zugezogen (Suva-Nr. 1). Daraufhin wurde bei ihm von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine mediale Meniskusläsion am linken Kniegelenk diagnostiziert (Suva-Nr. 6 S. 2). Die Beschwerdegegnerin holte medizinische Unterlagen sowie bei ihrem Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, eine ärztliche Stellungnahme ein (Suva-Nr. 73). Gestützt darauf schloss sie mit Verfügung vom 25. August 2023 den Fall per 10. August 2023 ab und stellte ihre Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt hin ein, da die gegenwärtig noch bestehenden Beschwerden am linken Knie nicht mehr unfallbedingt seien (Suva-Nr. 82). Mit Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2023 wies die Beschwerdegegnerin eine dagegen gerichtete Einsprache (Suva-Nr. 94, 100) ab, entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung und lehnte es ab, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten (Suva-Nr. 108; Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.).

E. 1.2

1.2.1 Anfechtungsgegenstand im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren bildet grundsätzlich nur das Rechtsverhältnis, zu dem die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig in Form einer Verfügung Stellung genommen hat. Insoweit bildet die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches ■ im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes ■ den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet (BGE 144 I 11 E. 4.3 S. 14, 125 V 413 E. 1a und E. 1b S. 414).

1.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2023 über das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren (vgl. Suva-Nr. 94 S. 1; 100 S. 1; 102) (noch) nicht entschieden, sondern einen separaten Entscheid (erst) in Aussicht gestellt

(vgl. A.S. 8; siehe auch A.S. 30 f.). Soweit der Beschwerdeführer mithin (zumindest implizit) auch die Verweigerung eines amtlichen Rechtsbeistandes durch die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren rügt (vgl. A.S. 19, 57), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, gestützt auf eine Beurteilung ihres Kreisarztes vom 11. August 2023 sei davon auszugehen, dass das Ereignis vom 25. August 2022 nicht zu strukturellen Läsionen im Bereich des linken Knies, namentlich nicht zu einem Riss des Innenmeniskus, geführt habe und die Folgen der erlittenen Kontusion nach spätestens acht Wochen abgeheilt gewesen seien. Die über den 10. August 2023 hinaus bestehenden Beschwerden im Bereich des linken Knies könnten mithin nicht mehr als unfallbedingt gelten, weshalb sie dafür nicht mehr leistungspflichtig sei. An diesem Ergebnis vermöge auch die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren nachgereichte, nicht überzeugende Stellungnahme des behandelnden Orthopäden vom 3. Januar 2024 nichts zu ändern. Sie habe ihre Versicherungsleistungen demnach zu Recht per 10. August 2023 eingestellt (vgl. A.S. 1 ff., 26 ff., 60 ff.).

Der Beschwerdeführer macht beschwerdeweise geltend, die Beschwerdegegnerin habe einzig gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung und ohne weitere Abklärungen, namentlich ohne Einholen eines Gutachtens, trotz offensichtlich nicht liquidem Sachverhalt zu Unrecht eine nicht mehr vorliegende Unfallkausalität seiner Beschwerden am linken Kniegelenk angenommen (vgl. A.S. 12 ff., 54 ff., 64).

2.2 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2023 gegenüber dem Beschwerdeführer ihre Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Schadensereignis vom 25. August 2022 per 10. August 2023 eingestellt hat.

E. 3

3.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 81 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406). Über die Frage, ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, hat die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im

Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2019 vom 6. März 2020 E. 8). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mittels Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.3.1).

3.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

3.4 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung insofern, als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteil des Bundesgerichts 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

4.1 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).

4.2 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).

5. Die Beschwerdegegnerin stellte mit Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2023 ihre Versicherungsleistungen per 10. August 2023 mit der Begründung ein, dass die über diesen Zeitpunkt hinaus bestehenden Beschwerden am linken Knie nicht mehr unfallkausal seien (vgl. A.S. 6 f.). Für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhanges stützte sie sich in medizinischer Hinsicht auf die Einschätzungen ihres Kreisarztes Dr. med. D.____ vom 11. August 2023 ab (vgl. Suva-Nr. 73):

Im Rahmen von «allgemeinen Fallbetrachtungen» führte Dr. med. D.____ einleitend aus, die überwiegende Mehrheit von Meniskusläsionen seien auf eine primäre Degeneration ohne nachweisbares Trauma infolge von Überlastung und/oder Achsenfehlstellungen sowie regelmässigen Arbeitens in der Hocke zurückzuführen. Der Ursprung von degenerativen Meniskusläsionen finde sich im Gegensatz zu den traumatischen Meniskusläsionen im

Zentrum des Meniskus, schreite anschliessend voran und komme als mukoide Degeneration (Grad 1 und Grad 2) im MRI zur Darstellung. Im fortgeschrittensten Stadium (Grad 3) finde ein Kontakt zur Umrandung des Meniskus statt. Diese an die Oberfläche reichende Degeneration werde in radiologischen MRI-Berichten immer noch häufig als «Meniskusriss» bezeichnet, was eine Gewalteinwirkung impliziere, obwohl der zugrundeliegende Prozess degenerativer Natur sei. Degenerative Meniskusläsionen entstünden durch einen Alterungsprozess und führten zur Fragmentation des Meniskusgewebes. In der medizinischen Fachliteratur werde festgehalten, dass bei akuten Meniskusverletzungen nebst den Schmerzen «klinisch eindeutige und für den Patienten sehr störende Symptome» namentlich «mechanische Phänomene wie Schnappen, Blockaden» oder «eine eingeschränkte Beweglichkeit wie ein Extensionsdefizit», also eine eingeschränkte Streckung, vorlägen. Beim Beschwerdeführer kämen im MRI vom 19. September 2022 typische (degenerative) Grad 2- bzw. Grad 3-Meniskusläsionen zur Darstellung.

Im Rahmen seiner «speziellen Fallbetrachtungen» gab Dr. med. D.____ anschliessend an, im Bericht der Notfallpraxis des E.____ über die Konsultation vom 30. August 2022 werde festgehalten, dass der Beschwerdeführer «bis heute gearbeitet habe». Zu diesem Zeitpunkt seien seit dem Unfallereignis fünf Tage vergangen. Wie unter «allgemeine Fallbetrachtungen» von ihm festgehalten, sei die akute Zerreiassung eines Meniskus für Betroffene ein besorgniserregendes Ereignis, welches zu einer raschen ärztlichen Konsultation führe. Im Bericht vom 30. August 2022 würden keine positiven Meniskuszeichen und keine typischen Phänomene wie unter «allgemeine Fallbetrachtungen» beschrieben aufgeführt, sondern lediglich eine unspezifische «Druckdolenz bilateral» und «wenig Erguss». Der am 30. August 2022 vorliegende Sachverhalt sei vom behandelnden Arzt dahingehend interpretiert worden, dass eine «Kontusion», also ein Anprall, vorliege. Ein sofortiges hausinternes Konsil durch einen Traumatologen/Orthopäden und/oder eine rasche Schnittbildgebung sei vom behandelnden Arzt als nicht notwendig erachtet worden. Sowohl in der Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 («auf dem [sic] Knie gefallen»), als auch im Bericht vom 30. August 2022 («direkt mit dem Knie gefallen [] Knieunfall mit Kontusion») werde echtzeitlich ein Knieanprall dokumentiert. Ein Knieanprall vermöge jedoch mechanisch in aller Regel keinen Meniskus zu zerreiassung. Das unmittelbare Verhalten des Beschwerdeführers sowie die echtzeitlich erhobene Anamnese und die klinischen Befunde sprächen somit gegen eine traumatische Zerreiassung des medialen Meniskus am 25. August 2022.

Zwischen dem Ereignis am 25. August 2022 und dem MRI am 19. September 2022 seien weniger als vier Wochen vergangen. Nach eigener Einsicht in die Bildgebung komme keine massiv stattgehabte Gewalteinwirkung zur Darstellung, insbesondere fänden sich keine Bandläsionen («das laterale Seitenband kommt regelrecht zur Darstellung», «intakte Darstellung sowohl des vorderen als auch des hinteren Kreuzbandes»). Die im MRI vom 19. September 2022 zur Darstellung kommende schräg-horizontale Meniskusläsion des medialen Meniskus sei in typischer Weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen, entsprechend einer Grad 2 bis Grad 3-Läsion. Der behandelnde Orthopäde Dr. med. C.____ bestätige denn auch in seinem Sprechstundenbericht vom 26. September 2022 eine «Unterflächenläsion des medialen Meniskus», also eine Grad 3-Läsion.

Nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung sei eine Kniekontusion nach 6-8 Wochen abgeheilt. Die vom Beschwerdeführer darüber hinaus beklagten Beschwerden am linken Knie könnten somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 25. August 2022 zurückgeführt werden.

6. Den vorliegenden Akten lässt sich folgender (entscheiderheblicher) medizinischer Sachverhalt entnehmen:

6.1 Der Beschwerdeführer wurde am 30. August 2022 in der Notfallpraxis des E.____ vorstellig. Daraufhin wurde bei ihm die Diagnose akute Knieschmerzen links mit bikompartimentaler Druckdolenz, aber nicht am Patellarand medial (Osteophyt in der konventionellen radiologischen Aufnahme), sowie mit wenig Erguss gestellt. Im Rahmen der Anamnese wurde Folgendes vermerkt: «Am Do 25.08.2022 mit Material gelaufen, gestolpert und dann direkt mit dem Knie gefallen. Bis heute gearbeitet, nun jeden Tag schlimmer geworden. Kommt auf die Notfallstation». Unter «Beurteilung/Verlauf» wurde «Knieunfall mit Kontusion» und unter «Procedere» eine Stockentlastung bis zum Kontrolltermin beim Hausarzt sowie eine Schmerzmitteleinnahme und lokale Kühlung festgehalten (vgl. Arztbericht der Notfallpraxis des E.____ vom 30. August 2022; Suva-Nr. 16 S. 6 f.). Darüber hinaus wurde der Beschwerdeführer (vorerst) vom 31. August bis am 2. September 2022 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Arztzeugnis vom 30. August 2022; Suva-Nr. 3).

6.2 In der Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 gab der Arbeitgeber des Beschwerdeführers an, dieser sei am 25. August 2022 bei einem Sturz auf der Baustelle «auf dem Knie gefallen» und habe einen «Riss» des rechten (recte: linken) Knies erlitten (vgl. Suva-Nr. 1).

6.3 Mit Überweisungsschreiben vom 13. September 2022 ersuchte der Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, [...], Dr. med. C.____, den Beschwerdeführer «bei Kniedistorsion links» raschmöglichst in seine Sprechstunde anzubieten (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 19).

6.4 Anlässlich einer Sprechstunde vom 16. September 2022 stellte Dr. med. C.____ als Diagnose ein St. n. Kniedistorsionstrauma links vom 25. August 2022 bei klinischem Verdacht auf mediale Meniskusläsion. Der Beschwerdeführer sei ihm zur (orthopädischen) Beurteilung seines linken Kniegelenkes zugewiesen worden. Dieser habe am 25. August 2022 eine Kniedistorsion mit Kontusion erlitten, seither bestünden Schmerzen im linken Kniegelenk. Die bisherigen Massnahmen hätten keine Verbesserung gebracht. Als Befunde hielt er fest:

«Leichter Varusmorphotyp, Schonhinken links. Patellofemorale Erguss, Flexion/Extension 125/5/0° mit jeweiligen Endphasenschmerzen. Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, anteromedial und anterolateral ebenfalls. Innenmeniskuszeichen positiv, Thessaly-Test positiv. Distal intakte Sensibilität. Nachbargelenke unauffällig.»

In einem gleichentags durchgeführten Röntgen Knie links a.p./seitlich habe sich eine leichte mediale Überbelastung bei Varusmorphotyp ergeben, sonst seien die Aufnahmen unauffällig. Der Beschwerdeführer werde zu einer MRI-Untersuchung aufgeboten zwecks Abklärung und Ausschluss einer medialen Meniskusläsion, diese erscheine ihm klinisch die wahrscheinlichste Differenzialdiagnose. Als Gerüstbauer sei er zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Sprechstundenbericht vom 20. September 2022; Suva-Nr. 16 S. 5; BB 18).

6.5 Mit Bericht vom 21. September 2022 zu einem MRI Knie Nativ links vom 19. September 2022 stellte die G. ____, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, folgende Befunde:

«Die Signalgebung der ossären Strukturen zeigt eine ganz leichte Knochenkontusion im Bereich des medialen Tibiaplateaus. Man sieht eine leichte Verdickung und Signalalteration des medialen Seitenbandes, das laterale Seitenband kommt regelrecht zur Darstellung. Man sieht einen breiten horizontalen Riss des gesamten medialen Meniskus, welche[r] sich vom Vorderhorn bis in den Hinterhornbereich fortsetzt. Hier sieht man eine schräge horizontale Komponente. Der laterale Meniskus kommt intakt zur Darstellung. Intakte Darstellung sowohl des vorderen, als auch des hinteren Kreuzbandes. Der Gelenkknorpel zeigt im medialen Gelenkspalt eine leichte Ausdünnung, eine leichte Ausdünnung zeigt auch der Knorpel im lateralen Gelenkspalt. Die Patella ist zentriert, der retropatelläre Knorpel zeigt leichte Irregularitäten. Normale Abbildung des Knorpels im patellären Gleitlager, wenig Gelenkserguss.»

Im Ergebnis bestätigte sich ein breiter, schräg horizontaler Riss am Hinterhorn des medialen Meniskus, welcher sich knapp bis in den Meniskuskorpus fortsetze. Der laterale Meniskus zeige keine eigentliche Läsion. Die Seitenbänder sowie die Kreuzbänder seien intakt, der Gelenkknorpel im medialen Gelenkspalt sei leicht ausgedünnt, wahrscheinlich sei dadurch eine leichte Kontusion des medialen Tibiaplateaus bedingt. Es seien Chondropathiezeichen der Patella, ein mässiggradiger Gelenkserguss sowie eine winzige posteromediale Bakerzyste erkennbar (vgl. Bericht vom 21. September 2022; Suva-Nr. 64).

6.6 Mit Arztbericht vom 26. September 2022 stellte Dr. med. C. ____ die Diagnose «St. n. Kniestorsion links vom 25.08.2022, mit traumatischer medialer Meniskusläsion». Im MRI vom 19. September 2022 zeige sich eine Unterflächenläsion des medialen Meniskus mit Ausläufer in die Meniskusbasis und in das Hinterhorn. Dort zeigten sich parameniskale Zysten. Vorerst erfolge eine konservative Therapie mit Physiotherapie und Verlaufskontrolle in acht Wochen, bis dahin sei der Beschwerdeführer als Gerüstbauer zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Suva-Nr. 6 S. 2; 16 S. 4; BB 21).

6.7 In einem Arztzeugnis UVG vom 11. November 2022 hielt der Hausarzt Dr. med. F. ____ fest, er habe den Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 25. August 2022 erstmals am 2. September 2022 behandelt. Dieser sei gestolpert und auf das linke Knie gefallen. Es gebe keine früheren Erkrankungen oder Unfälle, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Der Beschwerdeführer habe eine Kniestorsion links erlitten und werde gegenwärtig mit Analgetika therapiert (vgl. Suva-Nr. 16 S. 2 f.).

6.8 In einem Verlaufsbericht vom 17. November 2022 hielt Dr. med. C. ____ fest, die Physiotherapie habe dem Beschwerdeführer nicht weitergeholfen, die Beschwerden seien immer noch vorhanden. Weiterhin bestünden auch heute noch klinisch eindeutig positive Innenmeniskuszeichen. Die Arbeit als Gerüstbauer sei in dieser Konstellation auf absehbare Zeit nicht gegeben, er habe den Beschwerdeführer dementsprechend weiterhin unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Es sei nun am 20. Dezember 2022 eine Arthroskopie geplant (vgl. Suva-Nr. 17 S. 2).

6.9 Am 20. Dezember 2022 nahm Dr. med. C. ____ am linken Knie des Beschwerdeführers eine Arthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie vor. Im Rahmen eines «diagnostischen Rundgangs» zeige sich im oberen Recessus eine diskrete Synovitis, patellofemorale eine Chondromalazie Grad I bis II, vor allem in der Belastungszone. Im

medialen Kompartiment finde sich eine mässige Chondropathie Grad II. Der mediale Meniskus zeige eine horizontale, teils schräg verlaufende Rissbildung vom Korpus in das Hinterhorn hineinziehend. Im Vorderhornbereich bestehe ein unauffälliger und taststabiler Meniskus. Interkondylär zeige sich ein intaktes und taststabiles vorderes und hinteres Kreuzband. Der laterale Knorpelüberzug und der Aussenmeniskus seien unauffällig (vgl. Operationsbericht vom 20. Dezember 2022; Suva-Nr. 23 S. 2 f.).

6.10 In einer Verlaufskontrolle vom 31. Januar 2023 gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. C.____ an, nach der Operation vom 20. Dezember 2022 seien die Schmerzen viel besser geworden und auch die Physiotherapie helfe ganz gut. Seit kurzer Zeit sei er nun ohne Gehstöcke unterwegs. Dr. med. C.____ stellte daraufhin bei seiner Befunderhebung ein noch diskretes Schonhinken links, reizfreie Narbenverhältnisse, ein diskreter patellofemorale Erguss sowie eine Flexion / Extension 100/0/0°, endphasig erweiterbar mit diskreten Schmerzen, fest. Die Meniskustests seien negativ, es sei noch ein Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt vorhanden, die Sensibilität sei distal intakt. Insgesamt sei der Verlauf erfreulich bei deutlicher Beschwerderegradienz. Als Gerüstbauer sei der Beschwerdeführer weiterhin noch arbeitsunfähig. Er solle mit der Physiotherapie fortsetzen, salben und sich mit Einlagen mit Aussenranderhöhung versorgen, um den medialen Gelenkspalt zu entlasten und um baldmöglichst wieder in den Arbeitsprozess zurückzukehren (vgl. Verlaufsbericht vom 31. Januar 2023; Suva-Nr. 29 S. 2).

6.11 In einem Verlaufsbericht vom 14. März 2023 hielt Dr. med. C.____ fest, die Beschwerden hätten sich unter der Physiotherapie schon deutlich gebessert, zudem zeige auch die Einlagenversorgung gute Wirkung auf den medialen Gelenkspalt. In der Physiotherapie sei man gemäss Beschwerdeführer neulich brüsk vorgegangen mit der Patella, seither habe er vermehrt peripatelläre Beschwerden. Im oberen Rezessus zeige sich ein leichtes Weichteilplus bei Verkürzung der Quadrizepssehne. Sollten die Beschwerden bis in zwei Wochen nicht bedeutend besser sein, könne nochmals eine Infiltration erfolgen. Er gehe aber davon aus, dass der Beschwerdeführer ab April 2023 seiner Arbeit im Gerüstbau wieder nachgehen könne (vgl. Suva-Nr. 38 S. 2). Da im Anschluss trotz insgesamt bereits funktionell deutlich verbesserter Beschwerdesituation noch ein deutlicher Reizzustand intraartikulär bestand, nahm Dr. med. C.____ am 31. März 2023 eine therapeutische Infiltration vor und schrieb den Beschwerdeführer noch bis Ende April 2023 unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Verlaufsbericht vom 31. März 2023; Suva-Nr. 43 S. 2).

6.12 Angesichts einer fortbestehenden Persistenz der Beschwerden peripatellär bzw. infrapatellär (vgl. Verlaufsbericht vom 28. April 2023; Suva-Nr. 48) wurde in der Folge ein Verlaufs-MRI des linken Knies durchgeführt. Dieses ergab am 9. Mai 2023 folgende Befunde:

«Regelrechte Darstellung des vorderen und des hinteren Kreuzbandes, der Patellarsehne und der Quadrizepssehne, des medialen und des lateralen Kollateralbandes, des Tractus iliotibialis und der Retinaculum patellae mediale und laterale. Regelrecht zentrierter Patella Wiberg Typ II. Unveränderte kleine oberflächliche Knorpelläsion an der medialen Facette der Patella. Leichtgradiger Gelenkserguss retropatellar. Regelrechte Darstellung des Aussenmeniskus. Bei bekannte[m] Status nach medialer Teilmeniskektomie zeigt sich im Innenmeniskus eine regrediente Signalstörung mit noch eine[m] restliche[n] schräg verlaufende[n] Riss im Hinterhorn mit Unterflächenbeteiligung. Regelrechte Darstellung des Vorderhornes des Innenmeniskus. Regelrechte Darstellung des Hoffa'schen Fettkörpers.

Neu aufgetretene T1-hypointense und T2 TIRM-hyperintense flächige Signalstörung im medialen Femurkondylus und vorbestehende ähnliche Signalstörung im dorsomedialen Tibiakopf.»

Zusammenfassend zeigten sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. September 2022 regrediente Einrisse im Innenmeniskus mit noch einer Restmeniskusläsion im Innenmeniskushinterhorn, ein gering ausgeprägtes Knochenmarksödem im medialen Femurkondylus und im dorsomedialen Tibiakopf sowie keine abgrenzbaren Zysten oder Adhäsionen (vgl. Bericht der G.____, Radiologie, vom 9. Mai 2023; Suva-Nr. 50).

6.13 In einem Arztbericht vom 26. Mai 2023 führte Dr. med. C.____ aus, eine MRI-Diagnostik sei mittlerweile veranlasst worden zum Ausschluss einer Restmeniskusläsion. Der mediale Meniskus zeige residuelle Einrisse, die klinische Symptomatik korreliere allerdings nicht eindeutig mit dem MRI-Befund. Seitens der Physiotherapie sei die Kraft und Funktion schon recht gut rehabilitiert und er «dränge» den Beschwerdeführer zu einem Arbeitsversuch mit einem Pensum von 20 % ab der kommenden Woche (vgl. Suva-Nr. 53 S. 2). Am 23. Juni 2023 nahm er erneut eine Infiltration des Kniegelenkes vor (vgl. Suva-Nr. 57 S. 2).

6.14 Mit Sprechstundenbericht vom 12. Juli 2023 hielt Dr. med. C.____ fest, die Beschwerden hätten sich trotz der Einlagen und der fortgesetzten Physiotherapie nicht wesentlich weiter gebessert. Nach wie vor bestehe semizirkulär ventral ein Schmerz im Bereich des Kniegelenks, welchen der Beschwerdeführer mit keinen Massnahmen wegbekomme. Die Infiltration am linken Kniegelenk habe ebenfalls nicht geholfen. MR-tomographisch könne eine Restmeniskusläsion für die Beschwerden verantwortlich sein. Der Beschwerdeführer beschreibe auch, dass er bei dem Traumaereignis direkt ventral mit Wucht angeschlagen habe. Unter Umständen liege eine osteochondrale Läsion femurseitig medial vor, welche sich nun demarkiert habe. Dementsprechend sei eine (erneute) diagnostische Arthroskopie mit genauer Evaluation des Knorpelstatus und der Menisken sowie einem intraoperativen Prozedere je nach Befund angezeigt (vgl. Suva-Nr. 61 S. 2).

6.15 Am 21. August 2023 führte Dr. med. C.____ eine erneute Arthroskopie des rechten (recte: linken) Knies durch. Im oberen Rezessus seien mehrere freie Gelenkkörper umhergeschwommen, welche vermutlich aus dem medialen Kompartiment stammten. Diese seien entfernt worden. Im medialen Kompartiment sei eine zweitgradige Chondropathie in der Belastungszone festgestellt worden. Der mediale Meniskus sei im Hinterhornbereich aufgeworfen und umgeschlagen gewesen. Hier sei eine ausgedehntere Teilmeniskektomie bis in das Hinterhorn hinein erfolgt. Der Restmeniskus sei taststabil gewesen. Etwa 30 % des Meniskus hätten erhalten werden können. Interkondylär habe sich ein intaktes und taststabiles vorderes und hinteres Kreuzband im lateralen Kompartiment gezeigt. Der Knorpelüberzug sei altersentsprechend unauffällig gewesen (vgl. Operationsbericht vom 21. August 2023; Suva-Nr. 76 S. 2 f.; BB 22).

6.16 In der Verlaufskontrolle vom 27. September 2023 berichtete der Beschwerdeführer, die erste Zeit nach der Arthroskopie sei es ihm sehr gut gegangen, nach Aufnahme der Physiotherapie und des Kraftaufbaus sei es nun allerdings wiederum zu einer Schwellung gekommen. Dr. med. C.____ stellte im Rahmen seiner Befundaufnahme einen lokalen mässigen patellofemorale Erguss, eine Flexion / Extension 100/0/0°, einen indolenten medialen und lateralen Gelenkspalt, negative Meniskuszeichen sowie eine distal intakte

Sensibilität fest. Die Physiotherapie sei fortzusetzen. Auf der Baustelle sei der Beschwerdeführer noch bis Ende Oktober 2023 arbeitsunfähig (vgl. Verlaufsbericht vom 28. September 2023; Suva-Nr. 97 S. 2; 101).

6.17 Mit seiner Beschwerde vom 22. Januar 2024 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. med. C. ___ vom 3. Januar 2024 ein. Darin führte Dr. med. C. ___ aus, dass an der Unfallkausalität der Beschwerden am linken Knie aus seiner Sicht keine Zweifel bestünden. In der kreisärztlichen Beurteilung vom 11. August 2023 sei der Unfallhergang nicht korrekt wiedergegeben worden. Es habe sich eben nicht um eine blossе Kontusion (Prellung) des linken Kniegelenkes, sondern um eine gleichzeitige Distorsion (Verdrehung) und Kontusion gehandelt. Dies lasse sich sowohl aus dem Zuweisungsschreiben des Hausarztes vom 13. September 2023 (recte: 2022) als auch aus dem Sprechstundenbericht vom 16. September 2022 entnehmen. Gerade die Distorsionskomponente des Unfallereignisses erkläre gut den Kausalzusammenhang zur nachgewiesenen medialen Meniskusläsion (gemäss MRI vom 19. September 2022 breiter, schräg horizontaler Riss am Hinterhorn des medialen Meniskus mit Fortsetzung in den Meniskuskorpus). Zudem erkenne man im MRI vom 19. September 2022 eine leichte Verdickung mit Signalalteration des medialen Seitenbandes, ebenfalls ein Zeichen der stattgehabten Distorsion des Kniegelenkes. Ausserdem zeuge ■ wie im MRI vom 19. September 2022 ebenfalls ersichtlich sei ■ die Knochenkontusion im Bereich des medialen Tibiaplateaus von der Unfallkausalität der Läsion im Bereich des medialen Gelenkkompartimentes. Dass diese Veränderungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen sein sollen, könne er nicht nachvollziehen. Aufgrund der für einen Orthopäden klaren unfallkausalen Befunde im MRI und der Schilderungen des Beschwerdeführers habe für ihn nie Zweifel an der Unfallkausalität bestanden und er habe deshalb auch keinen Grund gesehen, diese ausführlicher zu begründen. Die Befunde des MRI vom 19. September 2022 seien von ihm auch intraoperativ am 20. Dezember 2022 anlässlich der Kniearthroskopie bestätigt worden (unauffälliger Aussenmeniskus, schräg verlaufende Rissbildung des Innenmeniskus, keine fortgeschrittene Chondropathie).

Als Fazit lasse sich somit sagen, dass die MRI-Befunde vom 19. September 2022 klar auf eine traumatische Schädigung des Innenmeniskus hindeuteten, insbesondere im Zusammenhang mit dem berichteten Unfallmechanismus (Kontusion und Distorsion des Kniegelenkes, während der Unfallmechanismus seitens der Beschwerdegegnerin als eine blossе Kontusion betitelt worden sei). Gerade die Befunde am tibialen Knochen (Kontusionsödem im Sinne eines Bone bruise) sowie die Signalalteration des medialen Seitenbandes mit gleichzeitiger Meniskusläsion stellten allesamt Indizien für die Unfallkausalität der Beschwerden dar. Ausdrücklich sei das gemeldete Ereignis nicht mit einer blossen Kontusion, einer Prellung des Kniegelenkes, gleichzusetzen, welche nach acht Wochen schon abgeheilt wäre (vgl. BB 3).

E. 7

7.1 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (vgl. A.S. 5, 28), gilt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität (vgl. E. II. 3.4 hiervor) nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion standen. Der Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität von Beschwerden, welche im Rahmen einer Leistungsanerkennung gar nicht thematisiert worden sind, trifft demnach nicht den Unfallversicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2018 vom 14. März 2019 E. 3.1).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 27 f.) wurde ihr jedoch bereits mit Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 ein «Riss» am rechten (recte: linken) Knie gemeldet (vgl. Suva-Nr. 1; E. II. 6.2 hiervor) und wurde sie spätestens am 27. September 2022 über die mittels MRI vom 19. September 2022 bestätigte Diagnose einer medialen Meniskusläsion informiert (vgl. Suva-Nr. 6; E. II. 6.6 hiervor). Es trifft somit nicht zu, dass die Beschwerdegegnerin in der Folge nur für (unspezifische) Knieschmerzen nach Kontusion ihre (vorübergehende) Leistungspflicht anerkannte. Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob es sich bei der Meniskusläsion am linken Kniegelenk tatsächlich um keine Unfallfolge (mehr) handelt, liegt mithin bei ihr und nicht beim Beschwerdeführer. Diese Beweislastregel greift jedoch ohnehin erst dann, wenn es sich als unmöglich erweist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den massgebenden Sachverhalt zu ermitteln (vgl. E. II. 3.4 hiervor).

7.2 Kreisarzt Dr. med. D.____ geht in seiner Aktenbeurteilung vom 11. August 2023 mit Verweis auf den Bericht der Notfallpraxis des E.____ vom 30. August 2022 sowie auf die Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 davon aus, dass am 25. August 2022 lediglich eine Kontusion, mithin ein Anprall des linken Knies, stattgefunden habe. Ein solcher Knieanprall vermöge jedoch mechanisch in aller Regel keinen Meniskus zu zerreißen (vgl. Suva-Nr. 73 S. 3; E. II. 5. hiervor). Der behandelnde Orthopäde Dr. med. C.____ vertritt dagegen mit Verweis auf das Überweisungsschreiben des Hausarztes vom 13. September 2022 sowie auf den Sprechstundenbericht vom 16. September 2022 die Auffassung, dass nicht nur eine blosser Kontusion (Prellung), sondern zugleich auch eine Distorsion (Verdrehung) des linken Kniegelenkes erfolgt sei (vgl. BB 3; E. II. 6.17 hiervor).

7.2.1 Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Notfallpraxis des E.____, notierte am 30. August 2022 nach einer Selbsteinweisung des Beschwerdeführers, dieser sei am 25. August 2022 auf der Baustelle bei einem «Knieunfall mit Kontusion» mit Material gelaufen, gestolpert und dann direkt mit dem Knie gefallen (vgl. Suva-Nr. 16 S. 6; E. II. 6.1 hiervor). In der Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 gab der Arbeitgeber des Beschwerdeführers an, dieser sei bei einem Sturz auf der Baustelle auf das (linke) Knie gefallen (vgl. Suva-Nr. 1; E. II. 6.2 hiervor). In seinem Überweisungsschreiben vom 13. September 2022 vermerkte der Hausarzt Dr. med. F.____ alsdann, dass der Beschwerdeführer eine Kniedistorsion erlitten habe (vgl. BB 19; E. II. 6.3 hiervor). Dr. med. C.____ hielt daraufhin in einem Bericht vom 20. September 2022 zu einer Sprechstunde vom 16. September 2022 fest, dieser habe am 25. August 2022 eine Kniedistorsion mit Kontusion erlitten (vgl. Suva-Nr. 16 S. 5; BB 18; E. II. 6.4 hiervor).

Im weiteren Verlauf gab Dr. med. F.____ mit Arztzeugnis UVG vom 11. November 2022 an, der Beschwerdeführer sei gestolpert, auf das linke Knie gefallen und habe eine Kniedistorsion erlitten (vgl. Suva-Nr. 16 S. 2; E. II. 6.7 hiervor). Dr. med. C.____ diagnostizierte in der Folge hauptsächlich eine Kniedistorsion (vgl. Suva-Nr. 6 S. 2; 23 S. 2; 29 S. 2; 43 S. 2; 48; 53 S. 2; 57 S. 2; 61 S. 2; 97 S. 2), sprach vereinzelt aber auch von einer Kniekontusion (vgl. Suva-Nr. 17 S. 2; 38 S. 2). Anlässlich einer Sprechstunde vom 12. Juli 2023 führte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. C.____ aus, er habe «direkt ventral mit Wucht angeschlagen» (vgl. Suva-Nr. 61 S. 2; E. II. 6.14 hiervor). Im Rahmen der Einsprache vom 31. Oktober 2023 hielt alsdann seine Rechtsvertreterin (erneut) fest, er habe Material transportiert, sei gestolpert und direkt mit dem Knie auf den Boden gefallen; es sei nicht auszuschliessen, dass es durch den Aufprall auf das Knie mit einer schweren Last zu einer Meniskusverletzung komme (vgl. Suva-Nr. 100 S. 2, S. 4). Im

Beschwerdeverfahren gab sie schliesslich (zusätzlich) an, es habe zugleich eine Kontusion und Distorsion des linken Kniegelenkes (vgl. A.S. 18) bzw. ein Kniedistorsionstrauma links stattgefunden (vgl. A.S. 55 f.).

7.2.2 Zwar besteht die Kernaussage der Angaben zum Unfallhergang darin, dass der Beschwerdeführer am 25. August 2022 mit Material gestolpert, gestürzt und mit dem linken Knie aufgeschlagen sei. Gemäss der medizinischen Fachliteratur kann jegliche Bewegung und Belastung des Kniegelenkes innerhalb physiologischer Grenzen [für einen Meniskusriss] nicht ursächlich sein. Die unfallbedingte Läsion ist vielmehr nur dann möglich, wenn die physiologischen Bewegungs- und Belastungsgrenzen überschritten werden (vgl. Alfred Schönberger/Gerhard Mehrrens/Helmut Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 10. Aufl., 2024, S. 659 f.). Bei einer blossen Kniegelenkkontusion durch An- bzw. Aufprall dürfte diese Voraussetzung ■ so auch Kreisarzt Dr. med. D.____ (vgl. Suva-Nr. 73 S. 4; E. II. 5. hiervor) ■ in aller Regel nicht erfüllt sein. Dessen ungeachtet wurde jedoch ■ immer noch zeitnah zum Unfallereignis vom 25. August 2022, zum Notfallbericht vom 30. August 2022 sowie zur Schadenmeldung UVG vom 11. September 2022 ■ am 13. September 2022 sowie am 16. September 2022, mithin noch vor Durchführung des MRI vom 19. September 2022 (vgl. Suva-Nr. 64; E. II. 6.5 hiervor), neben einer stattgehabten Kontusion (Prellung) auch eine Distorsion (im Sinne einer Verdrehung [vgl. BB 3; E. II. 6.17 hiervor]) des linken Kniegelenkes festgehalten. Eine belastete Rotationsbewegung des Knies kann unter gewissen Umständen eine (unfallbedingte) Meniskusläsion verursachen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_81/2017 vom 2. März 2017 E. 5.3). Desgleichen kann nach der medizinischen Lehre etwa ein Stolpern mit gewaltsamem Knicken des Kniegelenkes zur Innenseite einen geeigneten Schadenmechanismus darstellen (vgl. Harald Hempfling/Veit Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2: Meniskus, Diskus, Bandscheiben, Labrum, Ligamente, Sehnen, 2017, S. 49). Dr. med. C.____ ging in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2024 ebenfalls von einem entsprechenden Kausalzusammenhang zwischen einer Verdrehung des linken Kniegelenkes und der nachgewiesenen medialen Meniskusläsion aus und fand im MRI vom 19. September 2022 mit der leichten Verdickung und Signalalteration des medialen Seitenbandes (vgl. Suva-Nr. 64; E. II. 6.5 hiervor) seines Erachtens auch einen Beleg dafür, dass eine solche Distorsion tatsächlich stattgefunden haben müsse (vgl. BB 3; E. II. 6.17 hiervor).

Angesichts der Tatsache, dass oftmals der genaue Unfallmechanismus aufgrund der Angaben der betroffenen Patienten nicht mehr genau rekonstruiert werden kann, wird dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen. Vielmehr sind die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese einer Verletzung sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.2.3, 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1, 8C_59/2020 vom 4. April 2020 E. 5.4). Kreisarzt Dr. med. D.____ äusserte sich nicht zur ebenfalls möglichen Unfallvariante einer Distorsion (Verdrehung) des linken Knies, sondern ging von Anfang an von einer (blosser) Kontusion (Anprall) desselben aus (vgl. Suva-Nr. 73 S. 4; E. II. 5. hiervor). Wie sich der Unfall genau zugetragen hat, lässt sich vorliegend nicht mehr abschliessend beurteilen. Letztlich kann der konkrete Unfallhergang aber auch offenbleiben, schliesst doch die alternativ in Frage kommende Unfallvariante einer Distorsion des linken Kniegelenkes ■ auch mangels einer

dieser Auffassung entgegenstehenden kreisärztlichen Stellungnahme ■ eine traumatisch bedingte Verletzung des medialen Meniskus zumindest nicht grundsätzlich aus. Diesem Aspekt kommt indessen ■ wie nachfolgend aufzuzeigen ist ■ mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten, namentlich die Bildgebung, ohnehin kein massgebliches Gewicht zu.

7.3 Kreisarzt Dr. med. D.____ leitet die fehlende Unfallkausalität der (fortbestehenden) Beschwerden am linken Knie auch aus dem Umstand ab, dass sich der Beschwerdeführer erst fünf Tage nach dem Schadensereignis vom 25. August 2022 in ärztliche Behandlung begeben habe und im entsprechenden Notfallbericht keine positiven Meniskuszeichen und keine typischen «Phänomene» einer akuten Meniskusverletzung erwähnt worden seien (vgl. Suva-Nr. 73 S. 3 f.; E. II. 5. hiervor). Der medizinischen Fachliteratur ist zu entnehmen, dass die sog. klinischen «Meniskuszeichen» im Rahmen der körperlichen Untersuchung weder ausreichend spezifisch noch sensitiv sind und (lediglich) auf der Provokation eines kapsulären Schmerzes beruhen. Eine blande Anfangssymptomatik mit Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit lässt zwar berechtigte Zweifel aufkommen, ob tatsächlich eine unfallbedingte Meniskusschädigung eingetreten sein kann, es ist jedoch der Einzelfall zu bewerten, da aus dem klinischen Befund unmittelbar nach dem Unfallereignis und besonderer individueller Umstände beim Patienten nicht zwingend auf eine Meniskusverletzung geschlossen werden kann (vgl. Schönberger/Mehrtens/Helmut, a.a.O., S. 660). Vorliegend trifft zwar zu, dass der Beschwerdeführer erst am 30. August 2022 gegen Abend die Notfallpraxis des E.____ aufsuchte, nachdem er nach dem Schadensereignis vom 25. August 2022 noch an insgesamt vier Werktagen weiter gearbeitet hatte. Zugleich gab er anlässlich der Erstkonsultation aber auch an, dass die Schmerzen jeden Tag schlimmer geworden seien (vgl. Suva-Nr. 16 S. 6; E. II. 6.1 hiervor). Wie der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweist (vgl. A.S. 56) und auch die Beschwerdegegnerin einräumt (vgl. A.S. 60), ist die individuelle Schmerztoleranz jeweils sehr unterschiedlich. Hinzu kommt, dass aus dem Arztbericht der Notfallpraxis des E.____ nicht hervorgeht, ob am 30. August 2022 überhaupt ein (ohnehin nur beschränkt aussagekräftiger) klinischer Meniskustest durchgeführt wurde (vgl. Suva-Nr. 16 S. 6; E. II. 6.1 hiervor). Allfällige Versäumnisse im Rahmen der Erstversorgung wären aber nicht dem Beschwerdeführer anzulasten. Schliesslich ergab die anschliessende klinische Untersuchung durch Dr. med. C.____ am 16. September 2022 sehr wohl positive (Innen-) Meniskuszeichen (vgl. Suva-Nr. 16 S. 5; BB 18; E. II. 6.4 hiervor). Das Verhalten des Beschwerdeführers sowie die klinischen Befunde unmittelbar nach dem Schadensereignis sprechen somit nicht ohne weiteres gegen eine traumatisch bedingte Muskelläsion.

7.4 Zu prüfen bleibt somit, ob die erhobenen medizinischen Befunde mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf einen fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem Schadensereignis vom 25. August 2022 sowie den am linken Kniegelenk (fortdauernd) bestehenden Beschwerden schliessen lassen.

7.4.1 Kreisarzt Dr. med. D.____ vertritt die Auffassung, dass die im MRI vom 19. September 2022 zur Darstellung kommende schräg-horizontale Meniskusläsion des medialen Meniskus ■ entsprechend einer Grad 2-3-Läsion ■ in typischer Weise auf Degeneration zurückzuführen sei. Dr. med. C.____ bestätige in seinem Sprechstundenbericht vom 26. September 2022 eine Unterflächenläsion des medialen Meniskus, also eine Grad 3-Läsion (vgl. Suva-Nr. 73 S. 4; E. II. 5. hiervor). Der behandelnde Orthopäde Dr. med. C.____ erachtet dagegen den gemäss Bildgebung breiten, schräg horizontalen Riss am

Hinterhorn des medialen Meniskus mit Fortsetzung in den Meniskuskorpus bzw. die anlässlich der Kniearthroskopie vom 20. Dezember 2022 bestätigte schräg verlaufende Rissbildung des Innenmeniskus bei unauffälligem Aussenmeniskus und fehlender fortgeschrittener Chondropathie als klar traumatisch und nicht degenerativ verursacht (vgl. BB 3; E. II. 6.17 hiervor). Gemäss Bericht der G.____, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, vom 21. September 2022 kam in einem MRI Knie Nativ links vom 19. September 2022 ein breiter horizontaler Riss des gesamten medialen Meniskus, welcher sich vom Vorderhorn bis in den Hinterhornbereich fortsetze und eine schräge horizontale Komponente aufweise, zur Darstellung (vgl. Suva-Nr. 64 S. 1; E. II. 6.5 hiervor). Eine solche horizontale, teils schräg verlaufende Rissbildung vom Korpus in das Hinterhorn des medialen Meniskus hineinziehend fand anschliessend im Operationsbericht von Dr. med. C.____ vom 20. Dezember 2022 ihre Bestätigung (vgl. Suva-Nr. 23 S. 2 f.; E. II. 6.9 hiervor). Während ein Teil der medizinischen Lehre die Auffassung vertritt, dass ein Horizontalriss überwiegend für eine Verursachung durch vorbestehende Texturstörungen spricht (vgl. Schönberger/Mehrten/Valentin, a.a.O., S. 660), erachten es andere Autoren als keinesfalls erwiesen, dass Horizontalrisse überwiegend degenerativer Natur sind, während Längsrisse unfallbedingt entstehen. Welche Ausbreitung der Meniskusriss letztendlich nehme, hänge vielmehr überwiegend von der Gewebequalität zum Zeitpunkt der mechanischen Überbeanspruchung ab, nicht jedoch von der Art und Richtung einer von aussen einwirkenden Gewalt (vgl. Hempfling/Krenn, a.a.O., S. 27). Daraus erhellt, dass sich (auch) die Auffassung des behandelnden Orthopäden Dr. med. C.____ auf wissenschaftliche Grundlagen abstützen lässt. Hinzu kommt schliesslich, dass sich aus der Bildgebung und dem intraoperativen Befund nicht nur eine horizontale, sondern eine «schräg horizontale» bzw. «teils schrägverlaufende» Rissbildung ergibt (vgl. Suva-Nr. 23 S. 2; 64; E. II. 6.5, E. II. 6.9 hiervor), welche Dr. med. C.____ mit Arztbericht vom 26. September 2022 ■ entgegen der verkürzten Darstellung von Dr. med. D.____ ■ nicht nur an der Unterfläche des medialen Meniskus lokalisierte, sondern auch auf Ausläufer des Risses in die Meniskusbasis und bis in das Hinterhorn hinwies (vgl. Suva-Nr. 6 S. 2; 16 S. 4; BB 21; E. II. 6.6 hiervor).

7.4.2 Weiter begründet Kreisarzt Dr. med. D.____ eine fehlende Unfallkausalität damit, dass nach eigener Einsicht in die Bildgebung keine massiv stattgehabte Gewalteinwirkung, namentlich keine Bandläsionen, erkennbar sei(en) (vgl. Suva-Nr. 73 S. 4; E. II. 5. hiervor). Dem hält Dr. med. C.____ jedoch ■ vereinbar mit den Befunden gemäss Bericht der G.____, Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin, vom 21. September 2022 (vgl. Suva-Nr. 64; E. II. 6.5 hiervor) ■ entgegen, dass aus dem MRI vom 19. September 2022 eine leichte Verdickung und Signal-alteration des medialen Seitenbandes sowie eine Knochenkontusion im Bereich des medialen Tibiaplateaus mit einem Kontusionsödem im Sinne eines Bone bruise hervorgehe (vgl. BB 3; E. II. 6.17 hiervor). Meniskusschäden als Unfallfolge sind nur (aber gerade) in Begleitung nachweisbarer Kapselbandschäden, Frakturen, ausgeprägter bone bruise oder traumatischer Knorpelabsprengungen zu erwarten (vgl. Schönberger/Mehrten/Valentin, a.a.O., S. 660). Indem Dr. med. C.____ das Vorliegen von solchen «begleitenden» Band- und Knochenläsionen am und im Kniegelenk als Zeichen einer stattgehabten Mitreaktion von Band- und Knochenstrukturen bejaht, kann der Auffassung von Dr. med. D.____, der solche gerade verneint und daraus eine degenerativ bedingte Verletzung des medialen Meniskus ableitet, nicht (mehr) ohne weiteres gefolgt werden.

7.5 Nach dem Gesagten stehen mithin gegenwärtig zwei fachärztlich geäusserte Auffassungen, namentlich bezüglich der Interpretation des MRI vom 19. September 2022, einander gegenüber, ohne dass gestützt auf die derzeitige Aktenlage einer davon zwingend der Vorzug zu geben wäre. Diese einander entgegenstehenden Ansichten des behandelnden Orthopäden Dr. med. C.____ und des versicherungsinternen Kreisarztes Dr. med. D.____ vermögen somit zumindest geringe Zweifel an der Richtigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Einschätzung vom 11. August 2023 zu begründen, so dass auf diese nicht abgestellt werden kann (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Damit bleibt aktuell weiterhin unklar, ob eine Unfallkausalität der sechs bis acht Wochen nach dem Schadensereignis vom 25. August 2022 weiterhin beklagten Beschwerden am linken Kniegelenk tatsächlich überwiegend wahrscheinlich zu verneinen ist. Es ist in erster Linie Aufgabe des Unfallversicherers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. auch BGE 132 V 368 E. 5 S. 374; Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2023 vom 15. Juni 2023 E. 8.2). Demnach ist die Sache wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt (vgl. A.S. 13) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ■ wie der Beschwerdeführer bereits im Einspracheverfahren beantragt hat (vgl. Suva-Nr. 100 S. 1 f., S. 5) ■ ein versicherungsexternes fachärztliches Gutachten gemäss Art. 44 ATSG einholt, worin insbesondere einlässlich zu den beiden sich widersprechenden Interpretationen des MRI vom 19. September 2022 durch Dr. med. D.____ und Dr. med. C.____ Stellung genommen und unter Einbezug sämtlicher medizinischer Unterlagen nachvollziehbar dargelegt wird, ob die Meniskusläsion am linken Kniegelenk überwiegend wahrscheinlich auf das Schadensereignis vom 25. August 2022 zurückzuführen ist. Von der beantragten Zeugeneinvernahme von Dr. med. C.____ (vgl. A.S. 13; siehe auch A.S. 56) kann hingegen ■ wie auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren ■ abgesehen werden, hat dieser doch mit seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2024 seine Auffassung hinlänglich kundgetan und sind aus einer Befragung von ihm keine weiteren wesentlichen Beweiserkenntnisse zu erwarten. Gestützt auf die Ergebnisse der Begutachtung wird die Beschwerdegegnerin alsdann über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit dem Schadensereignis vom 25. August 2022 erneut zu befinden haben.

E. 8

8.1 Zusammenfassend ist der Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2023 demzufolge in teilweiser Gutheissung der Beschwerde ■ soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. II. 1.2.2 hiervor) ■ aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang ist über den Antrag des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Parteientschädigung im Einspracheverfahren (vgl. A.S. 13) (noch) nicht zu entscheiden. Denn einerseits wird das Verfahren vor der Beschwerdegegnerin ■ bei aktuell ungewissem Ausgang ■ erneut aufgenommen und weitergeführt. Andererseits kann im Einspracheverfahren die Ausrichtung einer Parteientschädigung (wenn überhaupt; vgl. Art. 52 Abs. 3 ATSG) nur dann als geboten betrachtet werden, wenn die betreffende Person im Falle des Unterliegens die unentgeltliche Vertretung hätte beanspruchen können (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 52 N. 84 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C_877/2017 vom 28. Mai 2018 E. 8.2, 8C_408/2022 vom 7. Oktober 2022 E. 5.2). Über das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren (vgl. Suva-Nr. 94 S. 1; 100 S. 1; 102) hat die Beschwerdegegnerin ■ zumindest lassen die Ausführungen der Parteien im Rahmen des Schriftenwechsels darauf

schliessen ■ nach wie vor nicht entschieden und dieses bildet auch nicht Anfechtungs- und Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. E. II. 1.2.2 hiervor). Das Versicherungsgericht darf somit auch nicht vorfrageweise darüber urteilen, ob der Beschwerdeführer im Falle des Unterliegens im Einspracheverfahren Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung hätte, was Voraussetzung für die Zusprache einer Parteientschädigung bei Obsiegen wäre. Die Beschwerdegegnerin wird nun aber ■ soweit zwischenzeitlich nicht doch erfolgt ■ bei nach wiederholten Angaben des Beschwerdeführers fehlender Rechtsschutzversicherung (vgl. Suva-Nr. 102 S. 2; A.S. 19, 37) umgehend mittels Zwischenverfügung (auch) rückwirkend über das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers, um Gewährung eines amtlichen Rechtsbeistandes materiell zu befinden haben.

8.2 Aufgrund der (teilweisen) Gutheissung der Beschwerde kann auf die Durchführung der vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung (vgl. A.S. 13) im vorliegenden Beschwerdeverfahren verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2019 vom 25. Februar 2020 E. 2.2).

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung ■ wie in der Kostennote vom 18. Juni 2024 beantragt (vgl. A.S. 65 ff.) ■ auf CHF 3'449.20 festzusetzen (15,47 Std. à CHF 190.00 bzw. 0,25 Std. à CHF 250.00, zzgl. Auslagen von CHF 189.60 sowie 7.7 % MwSt. bis 31. Dezember 2023 bzw. 8.1 % MwSt. ab 1. Januar 2024).

9.2 In Beschwerdesachen der Unfallversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbisATSG).

Demnach widerkannt:

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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Birgelen

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