

UR_GERICHTE 2025_OG V 24 28_Leistungen nach UVG vom 13. Juni 2025

UR Obergericht, 2025-06-13, DE

Quelle:

https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/ur_gerichte_2025_OG_V_24_28_Leistungen_nach_UVG

FR: UR_GERICHTE 2025_OG V 24 28_Leistungen nach UVG du 13 juin 2025

IT: UR_GERICHTE 2025_OG V 24 28_Leistungen nach UVG del 13 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

Gegen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Dieses entscheidet als einzige kantonale Instanz (Art. 57 ATSG). Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist bei hiesigem Wohnsitz des Beschwerdeführers sowohl funktionell als auch örtlich sowie sachlich (Art. 5 Verordnung über die Rechtspflege in der Unfallversicherung [RB 20.2221; nachfolgend Rechtspflegeverordnung]) für die Behandlung der Beschwerde zuständig. Die

Seite 3 von 12

30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hat Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 3. September 2023 (BG-act. 48) per 7. Dezember 2023 eingestellt, da die Kniekontusion nach vier bis acht Wochen seit Unfallereignis abgeheilt gewesen und die danach noch bestehenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr unfallbedingt seien. An dieser Einschätzung hielt sie mit vorliegend angefochtenem Einspracheentscheid vom 21. November 2024 fest. Sie stützte sich hauptsächlich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 30. Juli 2024 von Dr. med. B.____, wonach eine strukturelle Schädigung anlässlich der Unfallereignisses vom 7. Oktober 2023 zumindest nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit habe nachgewiesen werden können, mithin das Ereignis vom

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht mit Beschwerde vom 27. November 2024 geltend, er sei bis zum Zeitpunkt des Unfalles am 7. Oktober 2023 völlig beschwerdefrei gewesen. Nach diesem Unfall habe er starke Schmerzen und Schwellungen gehabt, welche er selbst mit Eis und Salbe behandelt habe, da er nicht immer sofort zum Arzt gehe. Als die Schmerzen

gebessert hätten, habe er gehofft, dass es wieder gut komme. Er sei allerdings nach dem Unfall nie ganz schmerzfrei gewesen und es sei je nach Belastung schlimmer geworden. Als er sich circa ein halbes Jahr später (am 09.04.2024) entschlossen habe, die Beschwerden untersuchen zu lassen, habe sich beim MRI vom 12. April 2024 ein schräger

Seite 4 von 12

Innenmeniskusriss im rechten Knie gezeigt. Das MRI habe keine anderen Abnutzungen gezeigt. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Meniskusverletzungen würden sehr oft nicht massive Schmerzen verursachen, die einem zum Arzt zwingen würden. Bei ihm hätten die Schmerzen aber leider nicht definitiv nachgelassen, was dann schlussendlich zum Arztbesuch geführt habe. Er habe seinen Unfall am 14. Mai 2024 seinem Arbeitgeber und der Unfallversicherung gemeldet. Die von Dr. med. C.____ am 29. Mai 2024 – mit dem Ziel, bei der Arbeit und im Alltag wieder zurechtzukommen – durchgeführte Kniespiegelung sei erfolgreich verlaufen und er sei seit der Operation beschwerdefrei.

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 12. Dezember 2024 auf eine förmliche Beschwerdeantwort. Sie wies aber nochmals auf die wesentlichen Argumente hin. Die vom Beschwerdeführer herangezogene Argumentation nach der Formel "post hoc, ergo propter hoc" genüge nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht als Beweis für das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs. Der Beschwerdeführer übergehe dabei auch, dass er den Unfall erst mehr als ein halbes Jahr später gemeldet habe, und ebenso viel Zeit vergangen sei, ehe er sich diesbezüglich erstmals in ärztliche Untersuchung und Behandlung begeben habe. Hätte sich der Beschwerdeführer Anfangs Oktober 2023 nicht nur eine Kontusion, sondern tatsächlich die heute festgestellten, relevanten strukturellen Schädigungen zugezogen, so hätte ein solcher Defekt unweigerlich und unmittelbar die weitere Wanderung verunmöglicht, was aber nicht der Fall gewesen sei. 3.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) werden bei Berufs- unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten Versicherungsleistungen gewährt. Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG). Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). 3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers 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 beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1).

Seite 5 von 12

3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Be- schwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversi- cherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 369 E. 3a). Dabei ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Störung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig (BGE 119 V 335 E. 2b/bb mit Hinweisen, U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 369 E. 3a). Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b). Gilt es zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, ist diejenige überwiegend wahrschein- lich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 59).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf un- fallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszu- stand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zu- stand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGer 8C_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2, U 180/93 E. 3b; 8C_377/2012 vom 08.01.2013 E. 4.2). Ebenso wie der leistungsbe- gründende natürliche Kausalzusammenhang, muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von un- fallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglich- keit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hier- bei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGer 8C_901/2009 vom 14.06.2010 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehen- den Beschwerden (BGer 8C_816/2009 vom 21.05.2010 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Sta- tus quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu überneh- men, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Demnach hat die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante auch Anspruch auf eine zweckgemässe

Seite 6 von 12

Behandlung, welche operative Eingriffe umfassen kann (BGer 8C_715/2016 vom 06.03.2017 E. 4.3; 8C_423/2012 vom 26.02.2013 E. 3.2; 8C_956/2011 vom 20.06.2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

3.4 Die Leistungspflicht der Unfallversicherung kann sich auch aus einer unfallähnlichen Körperschä- digung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG ergeben, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Der Zweck des Instituts der unfallähnlichen Körperschädigung besteht darin, die oft schwierige

Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit zugunsten der Versicherten zu vermeiden (BGE 146 V 51 E. 8.4). Nach der Rechtsprechung führt die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss, wobei dem Versicherer die Möglichkeit des Gegenbeweises offensteht. Der Unfallversicherer steht mit anderen Worten bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnützung oder Erkrankung erbringt (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.6). Bei fehlendem bzw. dahingefallenem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer Listenverletzung erübrigt sich jedoch eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt. Denn mit dem Nachweis, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung ist, ist gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 Prozent, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.2).

Gemäss dem Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. c ATSG; BGE 122 V 157 E. 1a). Davon zu unterscheiden ist die Frage der Beweislast; das heisst die Frage, wer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wenn sich nach dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein rechtserheblicher Sachverhalt feststellen lässt. Die Annahme der Beweislosigkeit ist allerdings erst zulässig, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGer 9C_702/2023 vom 15.02.2024 E. 4.4, 8C_533/2023 vom 17.01.2024 E. 2.4, 9C_254/2017 vom 21.08.2017 E. 4.4). 4.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und

Seite 7 von 12

pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung

der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a, BGer 8C_42/2008 vom 19.01.2009 E. 2.4 mit Hinweisen). 4.2 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c). An die Beweiswürdigung versicherungsinterner Beurteilungen sind indessen strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die Berichte anderer Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte eines anderen Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1.d; BGer 8C_373/2023 vom 09.01.2024 E. 3). Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 470 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung unbesehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachpersonen geschlossen werden (vgl. BGer 8C_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1).

Seite 8 von 12

5.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]). 5.1 In der Bagatellunfall-Meldung vom 14. Mai 2024 (BG-act. 1) wurde angegeben, dass der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2023 beim Wandern einen Fehltritt gemacht, sich das rechte Knie verdreht und mit diesem auf dem Boden aufgeschlagen sei. Er habe einen starken Schmerz im Knie verspürt, welcher nach einiger Zeit nachgelassen habe. Folge sei ein schräger Innenmeniskusriss. 5.2 Dr. med. D. ___ gab im Bericht vom 12. April 2024 zum gleichentags durchgeführten MRI des rechten Knies folgende Beurteilung ab: schräger Innenmeniskusriss mit Extrusion bzw. Einklemmung der gerissenen Unterfläche zwischen der medialen Tibia-Randkante und dem Innenband. Kein fokaler tiefer Knorpelschaden. Kreuzbänder intakt. Geringer Gelenkerguss. Klinisch lägen Bewegungsschmerzen medial mit v.a. Meniskusläsion vor. Genauere klinische Angaben wie Traumaanamnese (Traumamechanismus/Unfalldatum) lägen ihnen nicht vor (BG-act. 9). 5.3 Im Sprechstundenbericht vom 7. Mai 2024 schrieb Dr. med. C. ___ für den 29. Mai 2024 sei eine Kniespiegelung geplant, da die konservativen Massnahmen keine wesentliche Besserung gebracht hätten. Der Patient habe sich nun definitiv für eine Kniespiegelung entschieden, da er insgesamt im Alltag und bei der Arbeit so mit dem Knie nicht zurechtkomme. Bei Belastungs- und Rotationsbewegungen würden ihm jedes Mal Schmerzen ins Knie schiessen (BG-act. 28). 5.4 Im Operations- und Austrittsbericht vom 31. Mai 2024 (Kniespiegelung rechts mit Teilmeniskektomie und Resektion des Meniscus

medialis-Hinterhorns, Entfernung der freien Gelenkkörper, Resektion einer derben Plica mediopatellaris und Plica zentralis sowie Reduktion einer Hoffa-Hypertrophie) beschrieb Dr. med. C. ___ einen komplikationslosen peri- und postoperativen Verlauf. Eine klinische und funktionelle Nachkontrolle sah er nach 2 und 6 Wochen vor. Er stellte die Diagnose einer komplexen Meniskus-medialis-Hinterhornläsion des rechten Kniegelenks mit ausgeprägter Plica mediopatellaris und hypertrophen Hoffa'schem Fettkörper sowie kleinen, freien Fragmenten intraartikulär (Meniskusfragmente; BG-act. 16). 5.5 Gemäss Arztzeugnis UVG vom 3. Juni 2024 von Dr. med. C. ___ fand die Erstbehandlung am 9. April 2024 statt. Der Patient habe sich aufgrund von (nach einer Knie-Distorsion am 07.10.2023 immer noch persistierenden) Schmerzen im rechten Kniegelenk medial vorgestellt und angegeben, dass die Beschwerden vor allem bei Belastung und bei sportlicher Aktivität auftreten würden. Er stellte folgende Diagnose: schräger Innenmeniskusriss mit Extrusion bzw. Einklemmung der gerissenen Unterfläche zwischen der medialen Tibia-Randkante und dem Innenband. Kreuzbänder intakt. Geringer Gelenkerguss (MRI Knie rechts vom 12.04.2024). Der Befund wird folgendermassen umschrieben: Unauffälliges rechtes Kniegelenk, ohne Erguss. Keine Entzündungszeichen. Reizlos, keine Schwellung. Meniskus-

Seite 9 von 12

zeichen medial leicht positiv und lateral unauffällig. VKB / HKB und Seitenbänder unauffällig. Periphere DMS unauffällig. Die erhobenen Befunde bezeichnete er als nicht mit dem geltend gemachten Ereignis vereinbar. Im Bericht wurde weiter festgehalten, nach nochmaliger Besprechung mit dem Patienten wünsche dieser nun eine definitive Lösung, so dass sie ihm für den 29. Mai 2024 eine Knie-Spiegelung angeboten hätten (Hospitalisation: 29. - 31.05.2024). Dr. med. C. ___ attestierte eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 29. Mai bis 16. Juni 2024, den Behandlungsabschluss erwartete er in "voraussichtlich in 6 Wochen" (BG-act. 4). 5.6 In der Kurzbeurteilung vom 30. Juli 2024 (BG-act. 34) verneinte Dr. med. B. ___ die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen (objektivierbaren) Läsionen geführt habe. Sie begründete dies damit, dass solche bei fehlender zeitnaher Bildgebung und fehlendem direktem Aufsuchen eines Arztes zwar möglich, aber aufgrund des geschilderten Unfallhergangs und des Verlaufs eher unwahrscheinlich seien. Sie hielt weiter fest, wäre es anlässlich des Unfalls vom

E. 7

Nach dem Gesagten waren die Beschwerden am rechten Knie nach spätestens acht Wochen nicht mehr auf den Unfall vom 7. Oktober 2023 zurückzuführen. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin den Versicherungsfall zu Recht per 7. Dezember 2023 abgeschlossen. Der entsprechend lautende Einspracheentscheid vom 21. November 2024 ist nicht zu beanstanden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

E. 8.1

Da im UVG keine Kostenpflicht vorgesehen ist, ist das Verfahren für die Parteien kostenlos (vgl. Art. 61 lit. fbis ATSG).

E. 8.2

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, a.a.O., Art.

61 N 218).

Seite 12 von 12

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Gesundheit

Altdorf, 13. Juni 2025 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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