

UR_GERICHTE OG V 24 20 vom 6. Juni 2025

UR Obergericht, 2025-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte OG V 24 20

FR: UR_GERICHTE OG V 24 20 du 6 juin 2025

IT: UR_GERICHTE OG V 24 20 del 6 giugno 2025

Erwägungen

E. 1.1

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 damit 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.

E. 1.2

Zur Beschwerde berechtigt ist, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59

Seite 4 von 18

ATSG). Der Beschwerdeführer ist als versicherte Person mit seinen Anträgen bei der Beschwerdegegnerin unterlegen und hat daher ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung des entsprechenden Entscheids.

E. 1.3

Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b und Art. 39 Abs. 1 ATSG) sowie die Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) werden bei Berufsunfällen, 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).

E. 2.2

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 Kausalzusammenhanges 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 Kausalzusammenhanges 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 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1).

E. 2.3

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 117 V 376 f. 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 340 ff. E. 2b/bb mit Hinweisen; U 290/06 vom 11.06.2007 E. 4.2.3). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 117 V 377 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

Seite 5 von 18

wahrscheinlich, welche sich am ehesten zugetragen hat (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 Rz. 59).

E. 2.4

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 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 (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 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei 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 bestehenden Beschwerden (BGer 8C_816/2009 vom 21.05.2010 E. 4.3 mit Hinweisen). Solange jedoch der Status 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 übernehmen, 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 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).

E. 3.1

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 158 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

Seite 6 von 18

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).

E. 3.2

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 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).

E. 3.3

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, 125 V 352 E. 3.a; BGer 8C_373/2023 vom 09.01.2024 E. 3). Dennoch darf und soll in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten der

Seite 7 von 18

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 353 E. 3b/cc). Auch kann nicht aus dem blossen 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).

E. 4

Die Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss eingereichtem Aktendossier der Beschwerdegegnerin [nachfolgend: BG-act.]).

E. 4.1

In der Unfallmeldung vom 26. Oktober 2023 (BG-act. 2) wurde zum Sachverhalt ausgeführt, der Beschwerdeführer sei «beim Laufen auf einem Stein ausgerutscht und mit dem linken Knie auf den Boden gefallen». In der näheren Hergangsschilderung, welche die Beschwerdegegnerin im Abklärungsverfahren beim Beschwerdeführer angefordert hatte, führte der Beschwerdeführer aus (BG-act. 28), er sei in den Camping-Ferien im Ausland durch unebenes, steinigtes Waldgelände gegangen. Er sei im Begriff gewesen über einen etwas höheren Stein zu steigen. Als er den linken Fuss oben auf dem Stein aufgesetzt und belastet habe, sei er mit dem Fuss auf dem rutschigen Stein ausgerutscht. Er sei retour geglitten und mit starker Wucht mit dem linken Bein und komplett gerade durchgestrecktem linkem Knie ca. >30cm oder etwas weiter unten auf den harten Boden aufgeprallt. Der Aufprall sei quasi bei überstrecktem Knie erfolgt. Dabei habe er akut einen sehr starken, stechenden Knieschmerz im betroffenen linken Knie verspürt. Das linke Knie sei nach dem harten Aufprall akut nicht mehr belastbar und weiterhin schmerzhaft und die Beweglichkeit des linken Kniegelenks sei stark eingeschränkt gewesen. Auf einen Stock gestützt und mit Mühe sei er langsam zum Fahrzeug zurückgehinkt, welches zum Glück nicht allzu weit entfernt abgestellt gewesen sei. Die Knieschmerzen und die Bewegungseinschränkung im linken Kniegelenk hätten auch während der nachfolgenden

Tage angehalten. Er habe nur unter Schmerzen hinkend und mit Abstützung auf einen Stock die nötigsten Schritte machen können. Wieder zu Hause seien die Schmerzen nach mehreren Tagen etwas abgeklungen. Bei der Arbeit habe er es anfänglich organisatorisch so einrichten können, dass eine Schonung des Knies möglich gewesen sei. Da die Arbeit als Netzelektriker jedoch normalerweise auch viel aktive Tätigkeit erfordere, habe ihm der Vorgesetzte einen Arztbesuch empfohlen, da die Besserung nicht rascher voranschritt. Es habe ein Arztbesuch in der Hausarztpraxis gefolgt. Dort habe er die Verordnung für eine stabile Knieschiene erhalten. Ausserdem sei er zu einer Untersuchung beim Spezialisten am Kantonsspital Uri überwiesen worden.

E. 4.2

Im Arztzeugnis UVG (BG-act. 10) führte die Hausärztin, B.____, Fachärztin für allgemeine Medizin, zur Erstbehandlung vom 18. Oktober 2023 aus, der Beschwerdeführer sei am 11. Oktober 2023 beim Wandern von einem Stein ca. 30 cm gestürzt und senkrecht mit gestrecktem Knie ins Loch gefallen.

Seite 8 von 18

Danach habe der Beschwerdeführer sofort starke, immobilisierende Schmerzen verspürt, wobei es nach einer Woche unter konservativer Therapie eine leichte Besserung gegeben habe. Als Diagnose ergab sich für die Hausärztin eine leichtgradige Kniegelenksdistorsion links nach Sturz am 11. Oktober 2023 mit Verdacht auf leichte Quetschung des Meniskushinterhorns medial bei varischer Beinachse.

E. 4.3

Im Bericht von Dr. med. C.____ Oberärztin i.V. Orthopädie, zur ambulanten Konsultation vom 24. Oktober 2023 (BG-act. 1) wurde die Diagnose einer leichtgradigen Distorsion Knie links nach Sturz am 11. Oktober 2023 mit Verdacht auf leichte Quetschung des Meniskushinterhorns medial bei varischer Beinachse gestellt. Die hausärztliche Zuweisung sei aufgrund einer Kniedistorsion in Streckstellung erfolgt. In der hausärztlichen Untersuchung habe sich der Verdacht auf Innenbandläsion mit Anlage einer Kniegelenksschiene ergeben. Aktuell sei der Beschwerdeführer eigentlich schmerzfrei. Kein Einklemmungsgefühl, kein Instabilitätsgefühl. Keine Dauermedikation oder Allergien, keine Voroperationen am linken Knie. Als Status ergab sich keine Schwellung, kein intraartikulärer Erguss, Patella frei verschieblich und indolent, kräftige Quadriceps- und Patellarsehnen, keine vermehrte Aufklappbarkeit in Extension und 20° Flexion sowohl medial als auch lateral, Kreuzbänder stabil mit gutem Anschlag im Lachman-Test, minime Druckdolenz im medialen Gelenkspalt, Meniskus-Zeichen negativ. Im Röntgen vom gleichen Tag hätten sich keine Hinweise für eine Fraktur oder ossäre Bandausrisse ergeben, Patella zentriert, Gelenkspalt symmetrisch, kein intraartikulärer Gelenkserguss. In der heutigen Untersuchung habe sich ein beschwerdefreier Patient gezeigt. Das Innenband zeige sich gut stabil und indolent. Es bestehe auch kein Verdacht auf weitere Kniebinnenverletzungen. Die minime Druckdolenz am medialen Gelenkspalt könnte von einer leichten Meniskus-Quetschung kommen, bei fehlendem Einklemmungsgefühl oder stechendem Gefühl sei aktuell keine MRI-Untersuchung zu empfehlen. Die Schiene könne weggelassen werden und ein Arbeitsversuch ab morgen, 25. Oktober 2023, sei gestattet. Sollte es im Verlauf erneut zu Beschwerden kommen, würde sich der Patient melden und es wäre dann eine MRI-Untersuchung zu veranlassen.

E. 4.4

Bei in der Folge persistierenden Beschwerden im linken Knie wurde am 22. November 2023 ein MRI Knie links veranlasst. Im Bericht vom 1. Dezember 2023 zur Verlaufskontrolle nach Durchführung der MRI-Untersuchung (BG-act. 14) führte Dr. med. C.____ aus, der Beschwerdeführer merke vor allem bei Wetterumschwüngen einen dumpfen Schmerz im Bereich der Kniescheibe, zudem vor allem beim Treppensteigen. Im MRI habe sich ein tiefer fokaler Knorpelschaden tibial anterior mit Chondropathie assoziiertem Ödem sowie ein 5 mm messender Knorpeldefekt im ventralen Femurcondylus mit Chondropathie assoziiertem Ödem ergeben (vgl. auch Radiologiebericht Dr. med. F.____ vom 22.11.2023, BG- act. 18). Bei fokalem tiefen Knorpelschaden im Bereich des ventromedialen Femurcondylus von ca.

E. 4.5

Im Bericht zur ambulanten Konsultation vom 22. Januar 2024 (BG-act. 16), welche der Verlaufs- kontrolle zur Besprechung einer operativen Versorgung diente, führte Dr. med. C.____ aus, bei tiefem fokalem Knorpelschaden im medialen ventralen Femurcondylus im Bereich des Patellagleitlagers sei die Indikation zur diagnostischen Kniegelenksarthroskopie und Versorgung mittels AMIC-Verfahrens indiziert. Der Operationstermin wurde auf den 14. März 2024 vereinbart.

E. 4.6

Im Hinblick auf die für den 14. März 2024 geplante Knie-Arthroskopie legte die Beschwerdegeg- nerin das Dossier ihrem versicherungsmedizinischen Dienst vor. In der Aktenbeurteilung vom 26. Feb- ruar 2024 (BG-act. 30) kam Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Trau- matologie des Bewegungsapparates, SUVA Versicherungsmedizin, zum Schluss, der verbliebene Scha- den im linken Knie (Knorpeldefekt femoral ventral) sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 11. Oktober 2023 zurückzuführen. Zur Begründung führte Dr. med. D.____ im Wesent- lichen an, traumatische Knorpelverletzungen könnten entweder durch direkte Krafteinwirkung oder durch Scherkräfte entstehen. Ein direktes Anpralltrauma der Kniescheibe (Patella) werde in der Schil- derung des Unfallhergangs klar verneint. Laut der Schilderung könnten auch keine typischen Scher- kräfte hergeleitet werden, so werde beispielsweise keine Patellaluxation beschrieben. Im MRI vom 22. November 2023 fänden sich keine Hinweise für eine stattgehabte Patellaluxation bzw. es kämen keine ligamentären Begleitverletzungen zur Darstellung. Unter Berücksichtigung des detailliert geschil- derten Ereignisses könne der Knorpeldefekt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den 11. Oktober 2023 zurückgeführt werden.

E. 4.7

Am 14. März 2024 führte Dr. med. E.____, Chefarzt Orthopädie, die indizierte Kniearthroskopie links mit offener AMIC ventral medialer Femurcondylus Knie links durch. Im Operationsbericht (BG- act. 49) führte Dr. E.____ aus, femorotibial in der tragenden Zone zeigten sich insgesamt völlig intakte Knorpeloberflächen, lediglich tibial ganz anterior submeniskal bestehe eine stecknadelkopfgrosse Knorpelaufwerfung, wo der darüberliegende Knorpel völlig normal aussehe. Im Übergang zur Trochlea ganz ventral am Femurcondylus gegen die Notch resp. Trochlea hin bestehe eine 6 x 8 mm grosse Knorpelläsion, welche noch mit unauffälligem Knorpel bedeckt, aber wie ein Lappen komplett von der Unterlage gelöst sei. Der übrige Knorpel sei von intakter Höhe und völlig normal. In der Folge trug Dr. E.____ die Knorpelaufwerfung anteromedial an der Kante ab

und bereitete anschliessend die lap- penförmig abgerissene Knorpelaufwerfung im Bereich der anterioren Femurkondyle medial vor. Anschliessend trug Dr. E.____ den gesamten instabilen Anteil ab und führte aus, auch makroskopisch nach Entfernung desselben habe es sich gezeigt, dass es sich hier um völlig intakten Knorpel gehandelt habe, was die posttraumatische Genese sehr stütze. In der Folge sanierte Dr. E.____ den Knorpelschaden mittels AMIC.

Seite 10 von 18

E. 4.8

Im ambulanten Konsultationsbericht vom 19. April 2024 zur Verlaufskontrolle nach stattgehabter Operation (BG-act. 47) führt Dr. med. E.____ aus, es ergebe sich ein zeitgerechter Verlauf nach der Operation. Der Beschwerdeführer dürfe in einer Woche die Schiene weglassen, zunehmend aufbelasten und die Antikoagulation sistieren. Der Beschwerdeführer werde wieder als Elektrotechniker arbeiten. Geplant sei, dass er in der nächsten Woche eine reine Büroarbeit halbtags beginne, somit sei eine 25%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, im Sinne von 4h/Tag jedoch lediglich Bürotätigkeiten. In etwa 3 Wochen könne diese Arbeitsfähigkeit voraussichtlich gesteigert werden. Bis der Beschwerdeführer aber in seinem angestammten Beruf arbeiten könne, würden sicher 3-4 Monate vergehen.

E. 4.9

Mit Bericht vom 18. April 2024 nahm die Hausärztin des Beschwerdeführers, Praktische Ärztin B.____, zur medizinischen Situation Stellung (BG-act. 48). Sie führte aus, vor dem Unfall habe absolute Schmerzfreiheit und uneingeschränkte Beweglichkeit im linken Knie bestanden. Es gebe einen direkten kausalen Zusammenhang mit dem Unfalltag und dem passenden klinischen Befund – den Schmerzen und der Schwellung sowie Bewegungseinschränkung. Hierbei sei der Befund im MRI vom 22. November 2023 radiologisch gesichert worden mit nachweisbarem Knorpeldefekt femoro-ventral mit assoziiertem Knochenmarksödem ca. 5mm und fokaler Knorpelschaden tibial medial anterior. Aufgrund der direkt nach dem Trauma aufgetretenen Beschwerden könne geschlussfolgert werden, dass die Argumentation (weshalb keine überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge vorliege, Anm. des Gerichts) nicht korrekt sei und eine Beurteilung durch einen externen Gutachter dringend zu empfehlen wäre, falls die Übernahme der Kosten für den Eingriff weiter abgelehnt würde.

E. 4.10

In der Aktenbeurteilung vom 4. Juli 2024 im Rahmen des Einspracheverfahrens (BG-act. 54) führte Dr. med. D.____ aus, die Hausärztin argumentiere im Sinne von «post hoc ergo propter hoc». Schmerzen, Schwellungen und gegebenenfalls Bewegungseinschränkung seien nach einer Kniekontusion nachvollziehbar, jedoch unspezifisch. Die Befunde im MRI müssten im biomechanischen Kontext des Ereignisses analysiert werden, wie in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 26. Februar 2024 erfolgt. Eine detaillierte biomechanische Auseinandersetzung finde sich im Schreiben der Hausärztin nicht. Der Beschwerdeführer habe eine axiale Stauchung (recte wohl: Stauchung) des linken Beines von ca. 30 cm bei gestrecktem Bein/Knie beschrieben. Dabei werde die Kraft vom Oberschenkelknochen (Femur) auf den Unterschenkelknochen (Tibia) weitergeleitet. Die im MRI vom 22. Oktober (recte: November) 2023 zur Darstellung kommende Knorpelveränderung komme ausserhalb der Belastungszone bei getrecktem Knie zur

Darstellung. Das heisse, die Knorpelveränderungen könnten nicht durch ein «Trauma» zwischen dem Ober- und Unterschenkelknochen entstanden sein, insbesondere da der Beschwerdeführer explizit im E-Mail vom 16. Februar 2024 festgehalten habe, dass das linke Bein/Knie «komplett gerade durchgestreckt» gewesen sei. Laut den Schilderungen könnten – wie bereits in der Beurteilung vom 26. Februar 2024 beschrieben – auch keine Scherkräfte hergeleitet

Seite 11 von 18

werden, so werde beispielsweise keine Patellaluxation beschrieben. Die Ätiologie von Knorpelveränderungen im Knie seien mannigfaltig und nicht ausschliesslich traumatischer Natur. Ein Knorpelschaden könne u.a. durch Abnutzung, Entzündungen/Infektionen, rheumatischen Erkrankungen, chronische Fehlbelastung oder einen Unfall bedingt sein, was auch die Hausärztin in ihrer Stellungnahme bestätigt habe. Die Hausärztin würdige weder die gutachterliche Fachliteratur hinreichend noch fände sich eine detaillierte biomechanische Analyse des Ereignisses unter Einbezug des MRIs. Der Operationsbericht liefere derweil nach solch langer Zeit keinen signifikanten Beitrag zur Klärung der Kausalität der Knorpelläsion. Die Lokalisation der operativ adressierten Knorpelläsion (ventral medialer Femurkondylus Knie links) bestätige die biomechanischen Ausführungen in der Aktenbeurteilung vom 26. Februar 2024 und der vorliegenden Beurteilung.

E. 4.11

Mit der vorliegenden Beschwerde reichte der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 31. Juli 2024 zu den Akten. Darin führte Dr. E.____ aus, die Argumentation des Unfallmechanismus in Streckstellung setze voraus, dass der Patient in der Lage sei, bei einem derartigen Unfallereignis genau zu beschreiben, in welcher Stellung seines Knies die Hauptgewalteinwirkung entstanden sei. Das könne von einem Patienten in so einer Situation nicht verlangt werden. Die Haupteinwirkungskräfte seien immer im Fallen begriffen und nicht primär im ersten Kontakt. Somit seien verschiedene Flexionsgrade des Knies inklusive auch die Überstreckung oder Scherkräfte seitens der Patella in Betracht zu ziehen. Es sei richtig, dass keine typischen Befunde einer Patellaluxation sichtbar seien. Dies schliesse aber Scherkräfte durch die Patella in der distalen Trochlea nicht aus. Viel entscheidender sei ohnehin der intraoperative Befund. Die Fotodokumentation intraoperativ und das MRI zeigten klar ein Bild eines völlig ausgestanzten Knorpeldefekts mit leicht gezackten Rändern. Eine Osteochondrosis dissecans oder eine chronische progrediente Knorpelläsion würden schlicht und ergreifend in der Morphologie nicht so aussehen. Für ihn, Dr. E.____, sei das klar ein posttraumatischer Zustand, der durch die Anamnese und den Traumamechanismus nur unterstützt werde.

E. 4.12

Die Beschwerdegegnerin reichte mit ihrer Beschwerdeantwort die Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 12. September 2024 zu den Akten. Darin führte Dr. D.____ aus, die Überlegungen von Dr. E.____ könnten biomechanisch nicht nachvollzogen werden. Der maximale Impact auf ein Gelenk/Körper finde beim Einwirken eines Kraftvektors, also beim Aufprall, statt. Auf den konkreten Kasus des Beschwerdeführers bezogen, bedeute dies beim Kontakt der linken komplett gestreckten unteren Extremität mit dem Boden des 30 cm tiefen Loches. Die Tiefe des Loches wird übereinstimmend sowohl vom Beschwerdeführer («circa >30cm») als auch im Arztzeugnis UVG über die

Erstbehandlung («ca. 30 cm») bestätigt. Unbestritten sei, dass ein Tritt in ein 30 cm tiefes Loch keiner massiven Ge- walteinwirkung entspreche. Sämtliche echtzeitlichen Dokumente und der Beschwerdeführer selbst würden dem behandelnden Arzt widersprechen – das Knie sei komplett gestreckt gewesen, d.h.

Seite 12 von 18

verschiedene Flexionsgrade hätten gar nicht vorgelegen. Hinzu komme, dass bei flektiertem (gebeug- tem) Knie gar kein Kontakt zwischen Ober- und Unterschenkelknochen im Bereich der Knorpelläsion bestanden haben könnten. Die Spekulationen zu einer angeblichen «Überstreckung» würden ebenfalls nicht überzeugen. Für die beim Beschwerdeführer vorliegende Knorpelläsion hätte das Knie so weit überstreckt werden müssen (massivste Überstreckung), dass die dorsalen (hinteren) Kniestrukturen (Kapsel, Bänder, Muskeln, hinteres Kreuzband) gezerrt/gerissen wären. Solche Begleitverletzungen seien im MRI vom 22. November 2023 nicht objektiviert worden. Jeder kenne das Spannungsgefühl in der Kniekehle (= dorsaler Knieabschnitt) beim Dehnen der Wadenmuskulatur. Bei einer massiven Über- streckung des Knies komme es zwangsläufig zu einer Zerreissung der dorsalen Kniestrukturen bzw. des hinteren Kreuzbandes (HKB). Im radiologischen Bericht über das MRI vom 22. November 2023 würden keine Verletzungen der dorsalen Strukturen festgehalten. Die fehlenden Begleitverletzungen würden auch dazu führen, dass Scherkräfte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könnten. Das klassische Beispiel als Ursache für eine traumatisch bedingte Knorpelläsion sei die Pa- tellaluxation, die den typischen Knorpelschaden bzw. die Fraktur am lateralen Femurkondylus verur- sache. Eine stattgehabte Patellaluxation (Kniescheibenausrenkung) könne im MRI ausgeschlossen wer- den, was auch Dr. E.____ bestätige. Gutachterlich dürften Arthroskopieberichte nur mit Zurückhaltung bewertet werden. Das Alter des Knorpelschadens könne nur annäherungsweise und im frühen Stadium nach dem Unfall bestimmt werden. In der Fachliteratur werde ausgeführt, scharfe Bruchkanten des Knorpelschadens, die auf eine traumatische Verursachung hindeuteten, bestünden nur etwa sechs Wochen lang. Nach sechs Monaten würden sich keine Differenzierungsmöglichkeiten mehr ergeben. Zwischen dem Ereignis vom 11. Oktober 2023 und der Arthroskopie am 14. März 2024 seien über fünf Monate vergangen. Dr. E.____ widerspreche auch dem eigenen OP-Bericht. Dort habe er festgehalten, dass gegen die Notch resp. Trochlea hin eine 6 x 8 mm grosse Knorpelläsion bestehe, welche noch mit unauffälligem Knorpel bedeckt, aber wie ein Lappen komplett von der Unterlage gelöst sei. Die Knor- pelläsion sei also mit Knorpel bedeckt gewesen. In der Stellungnahme vom 31. Juli 2024 führe Dr. E.____ aus, es habe sich klar ein Bild eines völlig ausgestanzten Knorpeldefekts gezeigt. Wie soll gleichzeitig ein klar ausgestanzter Defekt (also ein Fehlen/Verlust) vorgelegen haben und die Läsion mit Knorpel bedeckt gewesen sein?

E. 5

mm sei eine operative Versorgung mittels AMIC (Autologe Matrixinduzierte Chondrogenese)-Verfah- rens zu empfehlen, da der Beschwerdeführer noch jung und sehr sportlich sei.

Seite 9 von 18

E. 5.1

Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und gegebenenfalls dazu Stel- lung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der

Versicherte arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Auch die Prognose und die Pathogenese im Sinne der Feststellung der Ursache eines Gesundheitsschadens ist eine medizinische Tatfrage, die durch Beizug bzw. Würdigung von Berichten und Stellungnahmen medizinischer Fachpersonen zu beantworten ist (vgl.

Seite 13 von 18

BGE 132 V 393 E. 3.2). Der äussere Geschehensablauf bei einem Unfall resp. die Frage, was anlässlich eines Unfalls konkret passiert ist, ist dagegen nicht primär eine medizinische Frage, weshalb hierfür nicht zwingend auf ärztliche Stellungnahmen abzustellen ist. Es sind insbesondere auch Angaben des Versicherten zum Geschehensablauf einzubeziehen und im Gesamtkontext auf Glaubhaftigkeit und Plausibilität zu prüfen. Hier sind ärztliche Stellungnahmen bzw. medizinische Unterlagen, welche allenfalls Rückschlüsse auf den möglichen Geschehensablauf bzw. die Glaubhaftigkeit der Angaben zulassen, im Rahmen der freien Beweiswürdigung selbstverständlich miteinzubeziehen. Am Ende ist es Sache der Versicherungsträger und (im Beschwerdefall) des Gerichts, aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. E. 3.1 hievor).

E. 5.2

Im vorliegenden Fall hat der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin in seinen versicherungsmedizinischen Stellungnahmen massgeblich mit dem Verletzungsmechanismus, der anlässlich des Unfalls gewirkt haben soll, argumentiert («Die Befunde im MRI müssen im biomechanischen Kontext des Ereignisses analysiert werden», vgl. E. 4.10 hievor). Dabei ging er davon aus, dass der Beschwerdeführer sein linkes Knie anlässlich des Unfalls vom 11. Oktober 2023 nur gestreckt, nicht aber überstreckt habe.

E. 5.2.1

Die Unfallmeldung ist zum äusseren Geschehensablauf wenig ergiebig, weshalb bei der Beweiswürdigung nicht massgebend darauf abgestellt werden kann. Nicht ohne Grund hat die Beschwerdegegnerin denn auch eine nähere Schilderung des Ablaufs verlangt. In der näheren Hergangsschilderung, die der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Abklärung zukommen liess (vgl. E. 4.1 hievor), berichtete der Beschwerdeführer davon, dass er beim Wandern in steinigem, unebenem Gelände beim Tritt auf einen höheren Stein auf einer rutschigen Stelle ausgerutscht und retour geglitten sei. Er sei dann mit dem linken Bein und „komplett gerade durchgestrecktem linkem Knie“ ca. >30cm oder etwas weiter unten auf den harten Boden aufgeprallt. In der Hergangsschilderung erwähnt der Beschwerdeführer auch, dass der Aufprall „bei quasi überstrecktem Knie“ erfolgt sei. Der Beschwerdeführer hat die Überstreckung des Knies somit bereits in der zitierten Hergangsschilderung im Rahmen des Abklärungsverfahrens erwähnt. Soweit der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin einzig auf die Ausführung des Beschwerdeführers abstellt, wonach das Knie gestreckt gewesen sei, erweist sich dies demnach als unvollständig.

E. 5.2.2

In der Eingabe an das Gericht vom 29. September 2024 (vgl. Bst. E. hievor) ergänzt der Beschwerdeführer, er sei mit dem Fuss auf der steil geneigten, unebenen Sandsteinfläche auf eine wohl muldenartig geneigte, feuchte und daher rutschige Stelle aufgetreten, abgeglitten

und den Felsbrocken entlang herunter «gedonnert». Nach dem Ausgleiten des linken Fusses sei er den Sandsteinfelsbrocken entlang heruntergestürzt und habe direkt einen extrem heftigen Schmerz im linken Knie verspürt. Betreffend die Bewegungen während des Fallens könne er leider keine präziseren Angaben

Seite 14 von 18

machen, weil es unvermittelt und zu schnell passiert sei. Auftreten sei unmöglich geworden und auch die Bewegung im Knie sei sehr stark eingeschränkt gewesen. Die ergänzende Schilderung steht mit der Schilderung im Rahmen des Abklärungsverfahrens (vgl. E. 4.1 hievor) nicht in wesentlichem Widerspruch. Zwar wird die Streckung bzw. Überstreckung des Knies nicht (mehr) erwähnt. Jedoch ergibt sich ein konstantes Kerngeschehen, welches aus einem Ausrutschen mit dem linken Fuss beim Auftreten auf einen rutschigen Stein mit nachfolgendem Sturz rückwärts besteht, gefolgt von einem akuten und heftigen Schmerz im betroffenen linken Knie mit konsekutiver erheblicher Funktionseinschränkung («Auf einen Stock gestützt und nur mit Mühe hinkte ich langsam zu unserem Fahrzeug zurück», vgl. E. 4.1 hievor). Für das Gericht erscheint aufgrund der initialen Schilderung und im Gesamtkontext wahrscheinlich, dass das Bein bzw. das Knie des Beschwerdeführers hierbei aufgrund der plötzlichen Ausrutschbewegung tatsächlich «gestreckt» bzw. leicht «überstreckt» wurde. Im Gesamtzusammenhang erscheint es jedenfalls nicht widersprüchlich, wenn der Beschwerdeführer initial von «gestreckt» und «überstreckt» sprach, zumal es plausibel erscheint, dass die ganz genauen Details des Bewegungsablaufs aufgrund der Plötzlichkeit des Vorgangs nicht restlos erfasst werden konnten. Dass der Beschwerdeführer teilweise von «gestreckt» und dann wieder von «überstreckt» sprach, ändert nach Ansicht des Gerichts nämlich nichts daran, dass dem Beschwerdeführer das plötzliche Ausbrechen des Beines aufgrund des Ausrutschens als unphysiologische Streck-Bewegung in Erinnerung blieb. Auch erscheint die plötzliche Ausrutschbewegung des linken Fusses bzw. Beines als durchaus geeignet, eine zumindest leichte Überstreckung des Knies zu bewirken. Auch die erstbehandelnde Hausärztin und die ereignisnah aufgesuchte Orthopädin gingen von einer (leichtgradigen) Kniedistorsion in Streckstellung (und nicht etwa einer blossen Kniekontusion wie der beratende Arzt) aus, was aufgrund der Verwendung des Begriffs der «Distorsion» (= Verstauchung, Umknickung, Verdrehung) eben auf eine (leichte) Überstreckung hindeutet (vgl. E. 4.2 f. hievor). Mit dem beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin kann andererseits angenommen werden, dass eine massive Überstreckung nicht stattgefunden hat, wären doch diesfalls gemäss nachvollziehbarer Beurteilung des beratenden Arztes die dorsalen (hinteren) Kniestrukturen (Kapsel, Bänder, Muskeln, hinteres Kreuzband) gerissen bzw. gezerrt worden, was beim Beschwerdeführer unbestritten nicht der Fall war. Auch erscheint der beschriebene Unfallhergang, bei welchem nicht übermässig starke Kräfte gewirkt haben, nicht als geeignet, eine starke Überstreckung des Knies bewirkt zu haben und gingen auch die behandelnden Ärztinnen nicht von einer schwergradigen Überstreckung aus. Eine leichte Überstreckung im Sinne einer plötzlichen unphysiologischen Kniestreckbewegung aufgrund des Ausrutschens erscheint dagegen aus den erwähnten Gründen durchaus wahrscheinlich. Insofern ist entgegen der Auffassung des beratenden Arztes die – wenn auch leichte – Überstreckung des hier betroffenen linken Knies keine Spekulation, sondern überwiegend wahrscheinlicher Unfallhergang.

Seite 15 von 18

E. 5.2.3

Eine massive Überstreckung des hier betroffenen linken Knies hat nach dem zuvor Erwogenen nicht stattgefunden. Damit verbleibt die Frage, ob die leichte Überstreckung des Knies geeignet gewesen war, den hier Streitgegenstand bildenden Knorpelschaden (mit-)zuverursachen. Der beratende Arzt scheint dies in seiner ergänzenden Beurteilung vom 12. September 2024 (E. 4.12 hievor) zumindest implizit zu verneinen. Darin führt der Arzt nämlich aus, zur Verursachung einer Knorpelschädigung hätte eine massivste Überstreckung stattfinden müssen, die die dorsalen Kniestrukturen zum Zerreißen hätte bringen müssen. Im Umkehrschluss geht der beratende Arzt offenbar davon aus, dass eine bloss leichte Überstreckung nicht genügt, wobei nicht restlos klar wird, ob dies eine generelle Aussage (Knorpelschäden sind bei leichter Überstreckung generell nicht möglich) oder eine Aussage bezogen auf den konkreten Knorpelschaden im Knie des Beschwerdeführers darstellt. Beides erscheint dem Gericht gerade mit Blick auf die graphische Darstellung in der Stellungnahme des beratenden Arztes vom 12. September 2024 als mit zumindest geringen Zweifeln behaftet. Denn auch eine leichte Überstreckung dürfte den Bereich des Knorpelschadens (in der graphischen Darstellung blau markiert) grundsätzlich tangiert haben bzw. geeignet gewesen sein den Bereich unphysiologisch zu berühren. Dr. E. ___ hält den Traumamechanismus für geeignet, die betreffende Knorpelschädigung mitzuverursachen. Somit geht er davon aus, dass auch eine leichte Überstreckung genügen kann, was – wie erwähnt – aufgrund der Nähe des geschädigten Knorpelbereichs zur Belastungszone bei einer Überstreckung nicht als von vornherein unplausibel verworfen werden kann. Welches Mass an Überstreckung schlussendlich den Schaden erklärbar oder nicht erklärbar macht, bleibt somit letztlich offen bzw. die (implizite) Beurteilung des beratenden Arztes, wonach eine leichte Überstreckung nicht genüge, ist zumindest mit geringen Zweifeln behaftet.

E. 5.2.4

Der beratende Arzt argumentiert in seinen Aktenbeurteilungen sodann im Wesentlichen mit dem Unfallmechanismus, der nicht geeignet gewesen sein soll, den hier Streitgegenstand bildenden Knorpelschaden im linken Knie mitzuverursachen. Abgesehen davon, dass die Überlegungen zum Unfallmechanismus mit Zweifeln behaftet sind (vgl. E. 5.2.1 ff. hievor), ergibt sich, dass dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung zukommt (vgl. BGer 8C_672/2020 vom 15.04.2021 E. 4.1.3). Es geht vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gilt es etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (vgl. BGer 8C_672/2020 vom 15.04.2021 E. 4.1.3). Der Unfallmechanismus ist insofern eines unter mehreren Kriterien. Eine ausschliesslich oder doch überwiegend über den Unfallmechanismus erfolgende Argumentation erscheint somit nicht als für die streitigen Belange umfassend und schlüssig begründet, weshalb einer solchen Argumentation der Beweiswert abzusprechen ist, zumal wenn – wie hier – schon geringe Zweifel

Seite 16 von 18

ausreichend sind (vgl. E. 3.2 f. hievor). Indem der beratende Arzt überwiegend über den Unfallmechanismus argumentiert und weitere Kriterien vernachlässigt, überzeugt dies somit nicht. Völlig offen bleibt für das Gericht beispielsweise, ob und inwiefern beim

Beschwerdeführer ein relevanter degene- rativer Vorzustand vorgelegen hätte, welcher den Knorpelschaden allenfalls erklären könnte. Der be- ratende Arzt erwähnt zwar in allgemeiner Weise, dass Knorpelschäden nicht ausschliesslich traumati- scher Natur zu sein brauchen und u.a. (auch) durch Abnutzung, Entzündungen/Infektionen, rheumati- schen Erkrankungen sowie chronische Fehlbelastungen bedingt sein könnten. Inwiefern eine dieser alternativen Ursachen beim Beschwerdeführer konkret vorgelegen hätte, ergibt sich aus den Aktenbe- urteilungen des beratenden Arztes hingegen nicht schlüssig. Weder ein relevanter Vorzustand noch ein entzündliches oder rheumatisches Geschehen oder eine chronische Fehlbelastung sind denn auch vorliegend ausreichend objektiviert. Auch der Verlauf der geklagten Beschwerden lässt an der Beur- teilung des beratenden Arztes Zweifel aufkommen. Die akut nach dem Ereignis aufgetretenen starken Schmerzen mit konsekutiver erheblicher Funktionseinbusse des betroffenen Knies zeitnah zum Ereig- nis und in der Folge – bei initialem Beschwerdemaximum – eher abklingenden Beschwerden beschrei- ben einen Decrescendo-Verlauf der Beschwerdesymptomatik. Ein solcher Decrescendo-Verlauf, also die Dynamik des klinischen Verlaufes mit

Beschwerdemaximum zeitnah zum Vorfall mit im Weiteren Abnahme der Beschwerdesymptomatik, gilt zumindest bei Meniskusverletzungen im Knie als Indiz für eine traumatische Verursachung (vgl. Die Menisken des Kniegelenks und ihre versicherungsmedizinische Betrachtung, SUVA Medical vom 30.06.2022, zuletzt besucht am 14.05.2025, abrufbar unter: <https://www.suva.ch/de-ch/unfall/fuer-leistungserbringer/suva-medical/publikatio- nen/2022/juni/medical-2022-03-menisken-des-kniegelenks-versicherungsmedizinische-betrach- tung.>). Inwiefern dies auch für Knorpelschäden im Knie angeführt werden kann, kann das Gericht man- gels medizinischer Fachkompetenz nicht abschliessend beurteilen. Immerhin geht aber die Hausärztin aufgrund des «passenden klinischen Befundes – den Schmerzen und der Schwellung und Bewegungs- einschränkung» (vgl. E. 4.9 hievore) offenbar von Entsprechendem aus und hält Dr. E. ___ u.a. die Anam- nese und den Traumamechanismus für geeignet, die hier Streitgegenstand bildenden Knorpelschädi- gungen als unfallkausal zu erklären. Vor dem Hintergrund, dass ein wie vorliegend beschriebener De- crescendo-Verlauf bei einer wesensverwandten Kniestruktur (Meniskus) als Indiz für eine traumatische Verursachung gewertet wird, erscheinen die Einwände der behandelnden Ärzte jedenfalls keinesfalls abwegig, sondern als durchaus beachtenswert. Jedenfalls sind die Einwände geeignet, Zweifel an den Beurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin zu wecken.

E. 5.2.5

Nach dem Ausgeführten ergeben sich für das Gericht unter Würdigung der gesamten Akten- lage objektive Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Aktenbeurteilungen des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 26. Februar 2024, 4. Juli 2024 und 12. September 2024, auf welche sich die Beschwerdegegnerin stützt. Mit Referenz auf diese

Seite 17 von 18

Aktenbeurteilungen gelingt es der Beschwerdegegnerin nicht, das Dahinfallen jeder kausalen Bedeu- tung von unfallbedingten Ursachen des hier Streitgegenstand bildenden Gesundheitsschadens nach- zuweisen (vgl. E. 2.4 hievore).

E. 6

Zusammenfassend vermögen die vorliegenden Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Verbund mit der weiteren Aktenlage Zweifel an der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen zu wecken. Nachdem an den Beurteilungen des beratenden Arztes Zweifel bestehen und in den Akten auch ansonsten keine verlässlichen ärztlichen Stellungnahmen zur hier interessierenden Frage des Dahinfallens der Unfallkausalität vorliegen, liegt diesbezüglich kein schlüssiges Beweisergebnis vor. Da noch erfolgsversprechende Abklärungsmöglichkeiten bestehen – insbesondere wurde bisher nur gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen entschieden –, müssen die Folgen der Beweislosigkeit aber (noch) nicht zwingend bzw. abschliessend eintreten (vgl. E. 3.1 hievor). Vielmehr wird die Beschwerdegegnerin – falls sie weiterhin der Meinung sein sollte, die Unfallkausalität sei dahingefallen – eine versicherungsexterne fachärztliche Beurteilung im Verfahren nach Art. 44 ATSG, welche den Beweisanforderungen genügt (vgl. E. 3.2 hievor), einzuholen und anschliessend über ihre Leistungspflicht neu zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gutzuheissen.

E. 7

Das Verfahren ist für die Parteien kostenlos, nachdem das UVG für die vorliegende Leistungsstreitigkeit keine Kostenpflicht vorsieht (Art. 61 lit. fbis ATSG). Verfahrenskosten sind demnach keine zu erheben. Ein entschädigungspflichtiger Aufwand des anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführers ist weder geltend gemacht noch ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG; Susanne Bollinger, in Basler Kommentar Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 77 f. zu Art. 61) Eine Parteientschädigung ist somit nicht zuzusprechen.

Seite 18 von 18

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird gutgeheissen. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Juli 2024 wird aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer

- Beschwerdegegnerin

- Bundesamt für Gesundheit Altdorf, 6. Juni 2025 OBERGERICHT DES KANTONS URI
Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann unter der Voraussetzung, dass er einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken 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.