



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. August 2019 (725 19 54 / 186)

Unfallversicherung

Beim Vorliegen einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG sind strenge Anforderungen an den medizinischen Gegenbeweis zu stellen, wonach die Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Es sind in formeller Hinsicht Beurteilungen von unabhängigen Experten notwendig, die in materieller Hinsicht nachvollziehbar und schlüssig sind und den von der Praxis entwickelten Anforderungen an ein Gutachten genügen.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Margit Campell

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführer, vertreten durch seinen Vater B._____

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion
Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. A._____ arbeitet seit dem 1. September 2014 in einem 20%igen Pensum als Angestellter der Geschäftsleitung bei der C.____ GmbH und ist aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) unfallversichert. Gemäss Unfallmeldung vom 17. September 2018 habe sich der Versicherte am 14. September 2017 auf dem Tennisplatz in D._____ am rechten Knie verletzt, indem er dieses verdreht bzw. verstaucht

habe. Die in der Folge durchgeführten medizinischen Abklärungen ergaben, dass A.____ am 14. September 2018 eine Kniedistorsion und eine komplexe Läsion des medialen Meniskushinterhorns erlitten habe. Am 2. November 2018 unterzog sich der Versicherte einer Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie und retropatellarer Knorpelglättung. Mit Schreiben vom 23. November 2018 teilte ihm die Mobiliar mit, dass mangels eines ungewöhnlichen Ereignisses kein eigentlicher Unfall im Rechtssinne vorliege. Zwar wäre eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 zu diagnostizieren, welche aber überwiegend wahrscheinlich auf krankheitsbedingte und degenerative Veränderungen zurückzuführen sei. Damit scheidet eine unfallähnliche Körperschädigung aus und der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung müsse abgelehnt werden. Diese Auffassung bestätigte die Mobiliar in ihrer Verfügung vom 7. Dezember 2018 und wies das Leistungsbegehren von A.____ ab. Hiergegen erhob der Versicherte Einsprache und beantragte die Übernahme der mit dem Ereignis vom 14. September 2018 im Zusammenhang stehenden gesetzlichen Leistungen. Im Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 bejahte die Mobiliar das Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ATSG) vom 6. Dezember 2000 und anerkannte ihre Leistungspflicht. Sie hielt fest, dass der Versicherte an vorübergehenden unfallbedingten Beschwerden gelitten habe, welche aber bis zum 18. September 2018 wieder abgeheilt gewesen seien, weshalb nach diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf Leistungen mehr bestehe.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch seinen Vater B.____ mit Schreiben vom 15. Februar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eventualiter sei eine gerichtliche medizinische Expertise zur Klärung der Unfallkausalität der gesundheitlichen Beeinträchtigung einzuholen und neu über den Anspruch zu entscheiden. Weiter sei ihm eine Parteientschädigung auszurichten.

C. In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. April 2019 beantragte die Mobiliar die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 2. Mai 2019 widersprach der Beschwerdeführer den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort und hielt an seinen Anträgen fest. In ihrer Duplik vom 15. Mai 2019 wiederholte die Mobiliar ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kan-

tons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E._____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 15. Februar 2019 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht per 18. September 2018 eingestellt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 30. Januar 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3. Zunächst ist zu klären, ob einer allfälligen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ein Unfall gemäss Art. 4 ATSG oder eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG zugrunde lag.

4.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung).

4.2 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

4.3 Der äussere Faktor ist das zentrale Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur – den Krankheitsbegriff konstituierenden – inneren Ursache (BGE 134 V 76 E. 4.1.1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen. Definitionsgemäss bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selbst (BGE 134 V 76 E. 4.1, 129 V 404 E. 2.1, 122 V 233 E. 1, je mit Hinweisen). Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ausschlaggebend ist, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt (BGE 134 V 80 E. 4.3.1). Bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken (wie etwa bei Muskel- und Gelenkschmerzen, einer Lumbago oder Hernien), unterliegt der Nachweis der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors besonders strengen Anforderungen. Die unmittelbare Ursache der Schädigung muss in diesen Fällen unter

besonders sinnfälligen Umständen gesetzt werden. Regelmässig bedarf es – neben den üblichen, dem täglichen Leben zuzuschreibenden, auf den Körper einwirkenden Kräften – eines schadensspezifischen Zusatzgeschehens, damit ein Unfall angenommen werden kann. Hintergrund bildet der Umstand, dass ein Unfallereignis sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung manifestiert, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (vgl. BGE 134 V 80 E. 4.3.2.1, 99 V 138 E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2011, 8C_693/2010, E. 5.2).

4.4 Gemäss Lehre und Rechtsprechung kann der ungewöhnliche Faktor in einer unkoordinierten Bewegung oder in einer ausserordentlichen körperlichen Anstrengung bestehen (BGE 130 V 117 E. 2.1, 116 V 136 E. 3b m.w.H.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 13. Februar 2006, U 144/06, E. 1, Urteil des EVG vom 13. Dezember 2002, U 65/02, E. 1.2; vgl. UELI KIESER/HARDY LANDOLT, Unfall-Haftung-Versicherung, Zürich/St. Gallen 2012, N 17 ff.). Bei unkoordinierten Bewegungen ist die Ungewöhnlichkeit zu bejahen, wenn der normale Bewegungsablauf durch etwas Programmwidriges unterbrochen oder gestört wird, was beispielsweise dann zutrifft, wenn der Versicherte stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder wenn er, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (Urteil des EVG vom 30. August 2001, U 277/99, E. 3c; Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. U 345 S. 420 E. 2b m.w.H.). Die Ungewöhnlichkeit einer körperlichen Anstrengung wird bejaht, wenn ein ganz aussergewöhnlicher Kraftaufwand erfolgte. Die Aussergewöhnlichkeit der Anstrengung ist jeweils im Hinblick auf die Konstitution sowie die berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person zu beurteilen. Bei berufsüblichen Tätigkeiten wird ausserdem darauf abgestellt, ob der berufsübliche Ablauf durch ein besonderes Element gestört wurde (BGE 116 V 139 E. 3b; KIESER/LANDOLT, a.a.O., N 49; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 41 m.w.H.).

5.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Das Gericht hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen (vgl. BGE 117 V 263 E. 3b). Aus der Untersuchungsmaxime folgt auch das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach das Gericht an keine förmlichen Beweisregeln gebunden ist (Art. 61 lit. c ATSG). Das gesamte Beweismaterial ist unvoreingenommen und sorgfältig auf dessen Stichhaltigkeit zu prüfen (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70 N 3).

5.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (vgl. MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Gesche-

hensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c).

5.3 Nach der Rechtsprechung hat die versicherte Person die Umstände des als Unfall gemeldeten Ereignisses glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung müssen über das konkrete Geschehen genaue und möglichst detaillierte Angaben namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein klares Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuschätzen (vgl. BGE 114 V 305 E. 5b; Urteile des EVG vom 25. November 2004, U 209/04, E. 1.2 und vom 15. September 2004, U 234/04). Unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben zum Geschehensablauf können die Verneinung der Leistungspflicht der Unfallversicherung zur Folge haben. Im Streitfall hat das Sozialversicherungsgericht zu beurteilen, ob die einzelnen Merkmale des Unfallbegriffs, insbesondere die Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors, gegeben sind. Dabei kommt ihm ein nicht unerheblicher Beurteilungsspielraum zu (vgl. BGE 112 V 202 E. 1; RKUV 2003 U 485 S. 259; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1985, S. 168).

5.4 Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person ist gemäss Rechtsprechung den Angaben, die von der versicherten Person kurz nach dem Unfall gemacht wurden, meist grösseres Gewicht beizumessen als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers. Der Grundsatz, wonach die spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Schilderungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können, stellt eine im Rahmen freier Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann jedoch nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des EVG vom 23. November 2006, U 258/04, E. 3.1 m.w.H.; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2008, 8C_827/2007, E. 5.2).

5.5 Hervorzuheben ist auch, dass sich der mangelhafte Nachweis eines die Merkmale des Unfalles erfüllenden Ereignisses nur selten durch medizinische Feststellungen ersetzen lässt. Es kommt ihnen im Rahmen der Beweiswürdigung für oder gegen das Vorliegen eines unfallmässigen Geschehens in der Regel nur die Bedeutung von Indizien zu. Auch deckt sich der Begriff des Traumas nicht mit dem Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG (BGE 134 V 72 E. 4.3.2.2)

6.1 In der Schadenmeldung UVG vom 17. September 2018 wurde der Sachverhalt wie folgt geschildert: Beim Tennisspielen habe sich der Beschwerdeführer das rechte Knie verdreht, worauf er sofort einen Schmerz verspürt habe. In der Folge seien auch Schmerzen bei Belastung aufgetreten.

6.2 Im Arzteugnis UVG der Klinik F. _____ vom 1. Oktober 2018, wohin sich der Beschwerdeführer am 17. September 2018 wegen zunehmenden Schmerzen begeben hatte, wurde festgestellt, dass sich dieser am 14. September 2018 eine Knie-distorsion rechts zugezogen habe. Weiter wurde der Verdacht auf eine IM-Läsion am rechten Kniegelenk genannt. Im gleichentags

erstellen Behandlungsbericht wurde ergänzend ausgeführt, dass der Beschwerdeführer berichtet habe, beim Tennisspielen das Knie verdreht zu haben.

6.3 In seiner Einsprache vom 20. Dezember 2018 brachte der Beschwerdeführer unter anderem vor, dass eine kleine Ansammlung von Granulat dazu geführt habe, dass er beim Tennisspiel in einer Halle gestolpert und eingeknickt sei. Zudem sei das Knie durch einen schnellen Reflex verdreht worden. Das Resultat sei ein Meniskusriss gewesen. Damit sei aber das Erfordernis der äusseren Einwirkung erfüllt, weil ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf die Körperbewegung programmwidrig beeinflusst habe.

6.4 Ob – wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid bestätigte – insbesondere gestützt auf die Ausführungen in der Einsprache von einem Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG auszugehen ist, ist nicht ohne weiteres zu bejahen. Dabei fällt einerseits ins Gewicht, dass beim Tennisspielen (auch auf Granulatboden) Stolper-, Einknick- und Drehbewegungen nicht aussergewöhnlich sind und diese Sportart die Knie besonders strapaziert (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2018, 8C_333/2018., E. 5.4). Andererseits ist festzustellen, dass die Angaben in der Einsprache den ursprünglichen Ausführungen nicht widersprechen, wonach sich der Beschwerdeführer beim Tennisspielen das Knie verdreht habe. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren von der Beschwerdegegnerin ausser in der Unfallmeldung nicht aufgefordert wurde, den Unfallhergang genau zu beschreiben. Es kann daher nicht von einer der Aussage der ersten Stunde widersprechenden Sachverhaltsdarstellung gesprochen werden. Trotzdem ist aus einer Gesamtsicht heraus ungewiss, ob der Unfallbegriff tatsächlich erfüllt ist. Diese Frage kann letztlich aber – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - offenbleiben.

7.1 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich - wie im vorliegenden Fall - nach dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die nach diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach neuem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG e contrario). Gemäss den neuen Bestimmungen in Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: lit. a Knochenbrüche; lit. b Verrenkung von Gelenken; lit. c Meniskusrisse; lit. d Muskelrisse; lit. e Muskelzerrungen; lit. f. Sehnenrisse; lit. g. Bandläsion; lit. h Trommelfellverletzungen. Die Tatsache, dass eine in der Auflistung von Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die von der Unfallversicherung übernommen werden muss. Diese kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn sie den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 und 7934 f.). Zwar ist der Zusatzbotschaft keine Definition des Begriffs "vorwiegend" zu entnehmen. Zu berücksichtigen ist aber, dass er bereits in Art. 9 Abs. 1 UVG (Berufskrankheiten) verwendet

wird. Nach dieser Bestimmung ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheit durch schädigenden Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als allen anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 E. 2. 2a). Es ist davon auszugehen, dass der Begriff "vorwiegend" im Zusammenhang mit Art. 6 Abs. 2 UVG analog zu verstehen ist (vgl. ANDRÉ NABOLD, in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG; Hürzeler/Kieser, Hrsg.], 2018, N. 44 zu Art. 6 UVG). Damit hat die Unfallversicherung nachzuweisen, dass die Listenverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mehr als 50 % durch Krankheit oder Abnützung verursacht worden ist.

7.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

7.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. 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 Rechtsanspruchs 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 demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

7.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen

auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

8.1 Im vorliegenden Verfahren sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu berücksichtigen:

8.2 Gemäss Angaben der Arztpraxis G.____ vom 14. September 2018, wohin sich der Beschwerdeführer wegen Beschwerden in den unteren Extremitäten (TARMED R5) begab, wurden ihm Schmerzmittel und eine Genutrain-Aktivbandage verschrieben.

8.3 Am 17. September 2018 liess sich der Beschwerdeführer wegen zunehmender Schmerzen in der Klinik F.____ untersuchen. Im Bericht vom 1. Oktober 2018 wurde festgehalten, dass er am 14. September 2018 eine Knie-distorsion erlitten habe. Er habe über einen Druckschmerz im Kniegelenk rechts geklagt und es sei eine leichte Weichteilschwellung feststellbar gewesen. Zudem hätten Meniskuszeichen vorgelegen und der Steinman-Test sei positiv ausgefallen. Hingegen habe der Kapselband-Apparat stabil gewirkt und anhand der Röntgenbefunde hätten eine Fraktur und eine Arthrose ausgeschlossen werden können.

8.4 Am 18. September 2018 wurde bei einem Status nach Knie-distorsion vor 3 Tagen und positiven Meniskuszeichen medial eine Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Knies in der Klinik F.____ durchgeführt. Dr. med. H.____, Facharzt Radiologie, nannte als Befund eine pathologische Signalerhöhung des Hinterhorns des medialen Meniskus mit komplexer Rissführung, welche vom vaskularisierten bis zum nicht vaskularisierten Drittel reiche. Weiter erwähnte er die Ausbildung von Meniskuszysten nach peripher zentral und medial sowie das Vorliegen eines intakten medialen Vorderhorns sowie ein regelrechtes laterales Vorder- und Hinterhorn. Der hyaline Knorpel habe eine normale Breite sowie eine homogene Signalgebung des medialen und lateralen Gelenkkompartiments. Hingegen lägen ausgedehnte Defekte Grad III an der zentralen bis medialen Patellarückfläche, aber ein regelrechtes femorales Gleitlager vor. Die ossären Strukturen würden keine manifeste Gonarthrose oder traumatische Knochenmarködeme aufweisen. Das vordere und das hintere Kreuzband seien intakt, der Quadrizeps und die Patellasehne regelrecht sowie das mediale und laterale Kollateralband unauffällig. Es bestünden ein mässiger Gelenkerguss, eine intakte Gelenkkapsel, ein regelrechtes mediales und laterales Retinaculum der Patella sowie ein verkalktes Synovialchondrom im posterioren Gelenkrecessus. In seiner Beurteilung hielt Dr. H.____ fest, dass beim Beschwerdeführer ein langstreckiger komplexer Einriss des medialen Meniskushinterhorns vom vaskularisierten bis nicht vaskularisierten Drittel reichend und Meniskusganglien nach peripher medial und zentral, ein verkalktes Synovialchondrom im posterioren Gelenkrecessus, eine Chondropathie Grad III der Patellarückfläche und ein mässiger Gelenkerguss vorlägen.

8.5 Am 1. November 2018 äusserte sich der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. I.____ zu den medizinischen Unterlagen und diagnostizierte eine Knie-distorsion rechts, eine komplexe Läsion des medialen Meniskushinterhorns, Meniskusganglien und eine retropatellare Chondropathie. Er kam zum Schluss, dass es sich beim Meniskusriss, den Me-

niskusganglien und der fortgeschrittenen retropatellaren Chondropathie mangels frischer Veränderungen um Vorzustände handle. Das Ereignis habe vorübergehende Beschwerden nach sich gezogen, aber keine richtungsgebende oder dauerhafte Verschlimmerung des Vorzustands verursacht. Spätestens am 18. September 2018 sei aufgrund der bildgebenden Untersuchungen der Status quo sine erreicht gewesen. Bei den im MRT ersichtlichen Befunden habe es sich um eindeutig degenerativ bedingte Veränderungen gehandelt, welche mangels entsprechender Begleitverletzungen wie zum Beispiel einem Knochenmarksödem, wie es bei einem erheblichen Kontusionstrauma oder einer Bandläsion, welche bei erheblichen Distorsionstrauma zu erwarten wäre, nicht traumatisch bedingt seien.

8.6 Am 2. November 2018 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Arthroskopie des rechten Knies. In seinem Bericht vom 5. November 2018 diagnostizierte Dr. med. J.____, FMH Orthopädie, eine mediale Meniskushinterhornläsion und eine retropatellare Chondromalazie am rechten Knie und nahm eine transarthroskopische mediale Teilmeniskektomie und eine retropatellare Knorpelglättung vor. Im medialen Kompartiment hätten sich gute Knorpelverhältnisse an der Femurkondylenrolle, eine oberflächliche Chondromalazie am Tibiaplateau und eine lappenförmige Läsion des medialen Meniskushinterhorn gezeigt, wobei der Lappen nach ventromedial eingeschlagen sei. Weiter läge ein unauffälliger Ansatz des hinteren Kreuzbands vor und das vordere Kreuzband verlaufe regelrecht und sei suffizient. Im lateralen Kompartiment lägen schöne Knorpelverhältnisse an der Femurkondylenrolle und am Tibiaplateau vor. Der laterale Meniskus sei intakt und der Hiatus popliteus und Popliteussehne seien unauffällig. Operativ sei der eingeschlagene Meniskuslappen reponiert und an der Basis abgetrennt worden. Anschliessend sei mit dem Shaver und dem Arthrocare eine Knorpelglättung an der Patellarrückfläche durchgeführt worden.

8.7 In seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2018 führte Dr. J.____ aus, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen 38-jährigen Versicherten handle, der sich beim Tennisspielen das rechte Knie verdreht habe. Er habe nachweislich im medialen und lateralen Kompartiment keinerlei Knorpelschäden und damit auch keine degenerativen Veränderungen aufgewiesen. Die lappenförmige Läsion sei Ausdruck eines stattgehabten unfallbedingten Meniskusrisses und die oberflächlichen, degenerativen Veränderungen an der Kniescheibenhinterseite seien im vorliegenden Fall irrelevant, da der Unfall das mediale Kompartiment betroffen habe, die arthroskopisch erhobenen Befunde hinter der Kniescheibe klinisch stumm seien und der Beschwerdeführer diesbezüglich keine Beschwerden gehabt habe.

9.1 Aufgrund der vorstehenden Ausführungen steht fest, dass beim Beschwerdeführer ein medialer Meniskusriss diagnostiziert wurde und er ab dem 14. September 2018 an Beschwerden litt, nachdem er sich beim Tennisspielen eine Kniedistorsion zugezogen hatte. Damit liegt eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit c UVG vor. Die Beschwerdegegnerin hat dafür die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, ausser sie weist nach, dass der Meniskusriss vorwiegend krankheits- oder abnützungsbedingt ist (vgl. oben E. 7.1).

9.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 7. Dezember 2018 und im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 vollumfänglich auf die Stellungnah-

me von Dr. I.____ vom 1. November 2018. Dabei ist zu beachten, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall gestützt auf versicherungsinterne Berichte entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 7.4). Solche Zweifel liegen hier vor. Dr. I.____ begründete seine Beurteilung einzig gestützt auf den strukturellen Befund der MRT-Bilder der Klinik F.____ vom 18. September 2018. Er ging davon aus, dass die geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden im Sinne einer vorübergehenden Verschlechterung des Vorzustands zwar überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 14. September 2018 zurückzuführen seien, der Status quo sine aber gestützt auf die MRT-Bilder aber bereits am 18. September 2018 wieder erreicht gewesen sei. Die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden seien nur noch degenerativ, weil der Meniskusriss vorbestehend und die Symptome nur vorübergehend unfallbedingt gewesen seien. Für die Annahme einer traumatischen Verursachung hätten zudem entsprechende Begleitverletzungen wie ein Knochenmarksödem oder eine Bandläsion gefehlt. Demgegenüber bestätigte Dr. I.____, der am 2. November 2018 eine Arthroskopie durchführte und sich intraoperativ ein Bild des Zustands des Knies machen konnte, in seinem Bericht vom 3. Dezember 2019, dass der Beschwerdeführer nachweislich im medialen den Unfall betreffenden Bereich und im lateralen Kompartiment keinerlei Knorpelschäden und damit auch keine degenerativen Veränderungen aufgewiesen habe. Diese Ausführungen des behandelnden Orthopäden führen dazu, dass eine der Beurteilung von Dr. I.____ widersprechende ärztliche Auffassung vorliegt, welche geeignet ist, Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilung hervorzurufen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass beim Vorliegen von Listenverletzungen strenge Anforderungen an den medizinischen Gegenbeweis zu stellen sind, wonach diese vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Deshalb können schematische, auf allgemeinen Erfahrungstatsachen beruhende Prüfungsschemata für den Gegenbeweis nicht genügen. Es sind in formeller Hinsicht Beurteilungen von unabhängigen Experten notwendig, die in materieller Hinsicht nachvollziehbar und schlüssig sind und den von der Praxis entwickelten Anforderungen an ein Gutachten genügen. Solche Beurteilungen sind nur bei von den Unfallversicherern unabhängigen externen Gutachtern zu erhalten (vgl. KASPAR GEHRING, in: Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], KVG UVG Kommentar, 2018, N. 12 zu Art. 6 UVG). Diesen strengen Anforderungen vermögen die Ausführungen von Dr. I.____ nicht zu genügen. Seine Ausführungen sind oberflächlich und berücksichtigen nicht sämtliche medizinische Berichte. Insbesondere kann aus seinen Ausführungen nicht geschlossen werden, die vom Beschwerdeführer über den 18. September 2018 hinaus geklagten Beschwerden seien vorwiegend degenerativ. Unter diesen Umständen ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche den medizinischen Sachverhalt durch eine unabhängige externe Gutachterstelle abklären zu lassen hat. Diese hat nachvollziehbar und schlüssig die Frage zu beantworten, ob die vom Beschwerdeführer über den 18. September 2018 hinaus geklagten Beschwerden vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Die Beschwerde ist unter diesen Umständen gutzuheissen.

10. Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG ist das vorliegende Verfahren kostenlos. Der obsiegenden Partei ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in

Verbindung mit § 21 Abs. 1 VPO für den Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin eine angemessene Parteientschädigung zulasten der Gegenpartei zuzusprechen. Nachdem der Versicherte durch seinen Vater vertreten ist, der ihn gemäss Angaben im Schreiben vom 11. März 2019 auf Gefälligkeitsbasis und ohne jegliches Entgelt in vorliegender Beschwerdeangelegenheit vertritt, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

11.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

11.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wiedergutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt**:

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Januar 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteienschädigung wird nicht ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>