



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 14. Juli 2022 (725 21 360 / 165)

---

**Unfallversicherung**

**Rechtskraft formlos ergangener Leistungseinstellung und Rückweisung der Angelegenheit an den Unfallversicherer zur materiellen Beurteilung**

Besetzung                      Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber i.V. Cedric Cucinelli

Parteien                      A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Thomas Klein, Rechtsanwalt, Sternenhofstrasse 15a, 4153 Reinach BL

gegen

**SWICA Versicherungen AG**, Rechtsdienst, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff                      Leistungen

A.            Der 1975 geborene A.\_\_\_\_ ist als Lehrer beim B.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der SWICA Versicherungen AG (SWICA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Laut Bagatellunfall-Meldung UVG vom 29. Januar 2019 stürzte der Versicherte am 27. Januar 2019 beim Skifahren und prellte sich das linke Knie. Dem Arztzeugnis UVG von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, vom 27. Juni 2019 ist ein zentraler Knorpelschaden an der linken Trochlea als Diagnose zu entnehmen. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand

nicht. Zur Prüfung der Leistungspflicht veranlasste die SWICA eine Aktenbeurteilung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Chirurgie. Dieser hielt in seiner Beurteilung vom 10. August 2019 fest, dass die durch den Unfall vom 27. Januar 2019 verursachte Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung abgeheilt sei und der Status quo sine spätestens drei Wochen nach dem Ereignis erreicht worden sei. Mit Schreiben vom 30. August 2019 teilte die SWICA dem Versicherten mit, dass die Leistungen aufgrund Erreichens des Status quo sine per 17. Februar 2019 eingestellt würden und sie auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichte.

Da die Situation ab Herbst 2019 stabil war, stand das Knie für den Versicherten vorerst nicht mehr im Fokus. Erst als der Versicherte in den Herbstferien 2020 Beachvolleyball und Tennis spielte, verschlechterte sich der Zustand. Daraufhin wurde er bei der SWICA wieder vorstellig, weshalb die Versicherung die erneute Leistungspflicht prüfte. Gleichzeitig setzte sich der Versicherte mit dem behandelnden Arzt, Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in Verbindung, und verlangte via F.\_\_\_\_ Rechtsschutzversicherung mit Schreiben vom 11. Dezember 2020 eine einsprachefähige Verfügung von der SWICA. Daraufhin veranlasste die SWICA eine weitere Aktenbeurteilung bei Dr. D.\_\_\_\_. Dieser hielt mit Stellungnahme vom 29. April 2021 an seiner Beurteilung vom 10. August 2019 fest. Mit Verfügung vom 6. Mai 2021 stellte die SWICA erneut fest, dass die Kniebeschwerden spätestens ab 18. Februar 2019 nicht mehr auf das Unfallereignis, sondern auf krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen seien und die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus der Unfallversicherung deshalb per 17. Februar 2019 eingestellt würden. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, via F.\_\_\_\_ am 2. Juni 2021 Einsprache und beantragte, dass die Verfügung vom 6. Mai 2021 aufzuheben sei und ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen seien. Mit Schreiben vom 22. Juni 2021 wurde die Einsprache mit einer Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. Juni 2021 ergänzt. Mit Einspracheentscheid vom 22. September 2021 erliess die SWICA einen Nichteintretensentscheid, da der Versicherte zu spät gegen die Leistungseinstellung interveniert habe. Die formlose Einstellung müsse als in Rechtskraft erwachsen betrachtet werden, weshalb die Verfügung vom 6. Mai 2021 gar nicht hätte erlassen werden dürfen. Auf die Einsprache könne deshalb nicht eingetreten werden.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Klein, am 22. Oktober 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, dass der Einspracheentscheid vom 22. September 2021 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen sei, auf die Einsprache einzutreten. Eventualiter seien der Einspracheentscheid sowie die Verfügung vom 6. Mai 2021 aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen über das Datum vom 17. Februar 2019 hinaus zuzusprechen. Subeventualiter seien der Einspracheentscheid sowie die Verfügung vom 6. Mai 2021 aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

C. Mit Vernehmlassung vom 9. Dezember 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie äusserte sich in der Begründung ausschliesslich zur Nichteintretensfrage und hielt diesbezüglich an ihren Ausführungen im Einspracheentscheid fest.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielt der Beschwerdeführer mit Replik vom 13. Januar 2022 an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest.

E. Die Beschwerdegegnerin wiederum bestätigte in ihrer Duplik vom 8. Februar 2022 ihren Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

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

1.1 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 Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft, sodass 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 vom 22. Oktober 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. September 2021 zu Recht auf die Einsprache des Beschwerdeführers vom 2. Juni 2021 gegen die Verfügung vom 6. Mai 2021 nicht eingetreten ist. Das Kantonsgericht hat deshalb grundsätzlich nur solche Rügen zu berücksichtigen, welche sich auf die Eintretensfrage beziehen. Kommt das Kantonsgericht zum Schluss, dass die Beschwerdegegnerin auf die Einsprache hätte eintreten und sich inhaltlich mit den Vorbringen des Versicherten befassen müssen, so ist die Beschwerde gutzuheissen und der Fall zur materiellen Beurteilung der Einsprache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anderenfalls ist die Beschwerde abzuweisen und der vorinstanzliche Nichteintretensentscheid zu bestätigen.

2. Gemäss Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen und sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien

nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in Anwendung von Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden. Die betroffene Person kann nach Art. 51 Abs. 2 ATSG den Erlass einer Verfügung verlangen. Zwar bezieht sich Art. 51 ATSG ausdrücklich nur auf das zulässige formlose Verfahren, doch erachtet es die Rechtsprechung – in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG – auch dann als angezeigt, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann, wenn der Versicherungsträger zu Unrecht formlos und nicht mittels Verfügung entschieden hat (BGE 134 V 145 E. 5.1). Die Frist für eine Intervention der betroffenen Person gegen den unzulässigerweise formlos mitgeteilten Entscheid beträgt im Regelfall ein Jahr seit der Mitteilung. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person – insbesondere, wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist – in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst (BGE 134 V 145 E. 5.3). Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirkung, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145 E. 5.4; Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2018, 8C\_536/2017, E. 3.4). Ist aufgrund der Natur des Entscheids anzunehmen, dass die betroffene Person nicht einverstanden sein wird, ist unabhängig vom Kriterium der Erheblichkeit immer eine formelle Verfügung zu erlassen (SUSANNE GENNER, Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrecht, Basel 2020, Art. 49 N 32). Bei der Einstellung der Leistungspflicht kann – abgesehen davon, dass es sich meistens um erhebliche Leistungen handelt – davon ausgegangen werden, dass die betroffene Person damit nicht einverstanden sein wird.

3.1 Im vorliegenden Fall bestreitet der Beschwerdeführer zunächst die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach die formlose Mitteilung betreffend Leistungseinstellung vom 30. August 2019 in Rechtskraft erwachsen sei, zusammenfassend damit, dass er bei der Beschwerdegegnerin am 7. Dezember 2020 vorstellig geworden sei. Im Übrigen gelte die einjährige Frist als Verwirkungsfrist ohnehin nicht, weil die Beschwerdegegnerin am 7. Dezember 2020 zugesagt habe, auf die Angelegenheit einzutreten. Dies habe die Beschwerdegegnerin schliesslich mit Verfügung vom 6. Mai 2021 dann auch getan. Sich nachträglich wieder davon abzuwenden, widerspräche dem Grundsatz von Treu und Glauben.

3.2 Die Beschwerdegegnerin begründet ihren Nichteintretensentscheid damit, dass die formlose Leistungseinstellung vom 30. August 2019 in Rechtskraft erwachsen sei. Die Intervention des Beschwerdeführers vom 7. Dezember 2020 sei erst nach 15 Monaten und damit zu spät erfolgt. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer aufgrund des Telefonats vom 7. Dezember 2020 nicht damit rechnen dürfen, dass sie auf den Fall neu eintreten werde. Deshalb sei kein Vertrauensverhältnis geschaffen worden. Mit Verfügung vom 6. Mai 2021 habe man direkt einen materiellen Entscheid gefällt, was nicht zulässig sei. Lediglich eine Wiedererwägung wäre in Frage gekommen. Die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung seien allerdings nicht gegeben gewesen, weshalb ein Nichteintretensentscheid gefällt worden sei.

3.3 Aus den Akten ist zunächst das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 30. August 2019 zu berücksichtigen. Darin wird die Ablehnung der Leistungspflicht per 17. Febru-

ar 2019 mitgeteilt, rückwirkend und auf einen Zeitpunkt drei Wochen nach dem Unfall. Das Schreiben schliesst mit dem Vermerk, dass, falls der Versicherte mit den Ausführungen nicht einverstanden sei, auf seinen Wunsch eine einsprachefähige Verfügung erlassen werde. In den Akten findet sich zudem die Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2019. Diese wurde vom gleichen Sachbearbeiter verfasst, der bereits das Schreiben vom 30. August 2019 mitunterzeichnet hatte. Darin wird festgehalten, dass der damals nicht anwaltlich vertretene Versicherte angerufen habe und über den Entscheid ein wenig verduzt gewesen sei. Laut dieser Telefonnotiz habe der Sachbearbeiter dem Versicherten erklärt, dass dieser mit seinem behandelnden Arzt die Aktenbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ anschauen solle und dessen Erkenntnisse widerlegen könne. Die Telefonnotiz vom 7. Dezember 2020 wurde vom gleichen Sachbearbeiter verfasst wie diejenige vom 25. September 2019. Gemäss dieser Telefonnotiz habe der zu diesem Zeitpunkt immer noch nicht anwaltlich vertretene Versicherte angerufen, seine Situation erneut geschildert sowie von zunehmenden Beschwerden im linken Knie berichtet. Der Versicherte habe wissen wollen, wie es weitergehe. Man habe ihm erklärt, dass die SWICA den Fall eingestellt habe. Darauf habe der Versicherte erwidert, dass er coronabedingt keine weiteren Abklärungen mit Prof. Dr. E.\_\_\_\_ habe machen können. Dieser habe gefordert, dass er bei der SWICA eine einsprachefähige Verfügung verlange. Ansonsten würde er keinen weiteren Bericht mehr schreiben. Unter Bezugnahme auf die frühere Telefonnotiz vom 25. September 2019 hält der Sachbearbeiter fest, dass der Beschwerdeführer ihm damals wie auch jetzt mitteile, dass der Unfall schlimmer gewesen sei als aus den Akten hervorgehe, denn er sei heftig gestürzt und 15 Minuten lang liegen geblieben. Er sei keineswegs weiter Ski gefahren. Die Telefonnotiz schliesst mit dem bereits erwähnten Vermerk, dass der Versicherte den ganzen Sachverhalt erneut genau erläutern solle. Er solle zusätzlich mitteilen, welche Punkte in der Aktenbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht korrekt seien. Schliesslich wird festgehalten, dass die erneute Leistungspflicht geprüft werde. Der Sachbearbeiter vermerkte zudem, dass sowohl der Sachverhalt als auch die Aktenbeurteilung mit den Schilderungen am Telefon nicht kongruent seien und die SWICA die Sachlage deshalb nochmals prüfen werde.

3.4 Mit Schreiben vom 11. Dezember 2020 teilte die F.\_\_\_\_ mit, dass der Versicherte mit der Ablehnung der Leistungspflicht gemäss Schreiben vom 30. August 2019 nicht einverstanden sei und deshalb darum gebeten werde, eine einsprachefähige Verfügung zu erlassen. Mit Schreiben vom 26. März 2021 beantragte die F.\_\_\_\_ erneut den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung. Schliesslich lehnte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Mai 2021 die Leistungspflicht per 17. Februar 2019 ab. Die Begründung beschränkte sich darauf, auf die Einschätzungen des beratenden Arztes Dr. D.\_\_\_\_ zu verweisen und darauf, dass das Unfallereignis lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung geführt habe.

4.1 Um festzustellen, ob das formlose Schreiben vom 30. August 2019 betreffend Leistungseinstellung in Rechtskraft erwachsen ist, ist zunächst auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach bei Nichtstun auch eine formlose Einstellung in Rechtskraft erwächst. Dafür gilt grundsätzlich eine einjährige Frist. Auch die Beschwerdegegnerin zitiert die entsprechende Rechtsprechung und weist richtigerweise auch darauf hin, dass die einjährige Frist für die Anfechtung einer formlosen Mitteilung nur den Regelfall darstelle. Insbesondere hat

dann eine längere Frist zu gelten, wenn die rechtssuchende Person rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist und in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid gefällt und sei mit weiteren Abklärungen befasst (BGE 134 V 153 E. 5.3).

4.2 Nun ist zuerst darauf hinzuweisen, dass, nachdem die Beschwerdegegnerin mit dem formlosen Schreiben vom 30. August 2019 die Leistungseinstellung mitgeteilt hatte, der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer bereits am 25. September 2019 der Beschwerdegegnerin mitteilte, dass er über diesen Entscheid ein wenig verärgert sei. Zudem ist aus der Telefonnotiz vom 25. September 2019 ersichtlich, dass der Sachbearbeiter dem Beschwerdeführer empfahl, mit seinem behandelnden Arzt die Aktenbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ anzuschauen und dessen Erkenntnisse zu widerlegen. Bereits hieraus ist ersichtlich, dass die Leistungseinstellung für die Beschwerdegegnerin nicht definitiv gewesen sein konnte. Gleichzeitig steht damit fest, dass sich der Beschwerdeführer bereits innerhalb eines Monats bei der Beschwerdegegnerin meldete und nicht erst, wie von der Beschwerdegegnerin behauptet, 15 Monate später. Nachdem sich der Beschwerdeführer also bereits am 25. September 2019 bei der Versicherung gemeldet hatte, tat er dies nochmals am 7. Dezember 2020. Auch aus dieser Telefonnotiz geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin dem immer noch nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer den Eindruck vermittelte, die Leistungseinstellung sei nicht definitiv, sicherte sie ihm doch klar zu, dass sie den Fall respektive die Leistungspflicht nochmals prüfen werde.

4.3 Aus den beiden Telefonnotizen – jeweils immer von demselben Sachbearbeiter verfasst – ist klar ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer den Eindruck vermittelte, die Leistungseinstellung sei nicht definitiv. Eigentlich hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund der ersten Intervention des Beschwerdeführers ohnehin davon ausgehen müssen, dass eine Verfügung erlassen werden muss. Stattdessen hielt man den Beschwerdeführer dazu an, mit seinen Ärzten die vertrauensärztliche Beurteilung zu widerlegen.

4.4 Schliesslich fällt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Mai 2021 einen materiellen Entscheid. Sie trat auf die Sache ein und lieferte spätestens mit diesem Entscheid den Beweis, dass sie selber zuvor nicht von einer rechtskräftigen formlosen Einstellung ausgegangen war. Dies nun im Einspracheentscheid anders zu sehen, verstösst gegen den Grundsatz von Treu und Glauben.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund des Verhaltens der Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung vom 30. August 2019 gar nie in Rechtskraft erwachsen ist. Spätestens mit dem Erlass der Verfügung vom 6. Mai 2021 ist die Beschwerdegegnerin erneut auf die Sache eingetreten. Das Verhalten der Beschwerdegegnerin verdient keinen Rechtsschutz. Der Nichteintretensentscheid ist nicht zu schützen, weshalb der Einspracheentscheid aufzuheben ist.

5.1 Da sich die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid auch zum Materiellen äusserte, ist dazu im Sinne eines «obiter dictums» Folgendes zu erwägen:

5.2 Umstritten ist, ob die Beschwerden unfallkausal sind. In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin insoweit auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer beruft sich seinerseits auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte.

5.3.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2).

5.3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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).

5.3.3 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. 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 470

E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3).

5.4 Im vorliegenden Verfahren sind im Wesentlichen folgende ärztliche Beurteilungen zu berücksichtigen:

5.4.1 Dr. D.\_\_\_\_ diagnostiziert in seiner Aktenbeurteilung vom 10. August 2019 einen Horizontalriss des linken Innenmeniskus, Knorpelschäden medialer Femurkondylus, retropatellär sowie im Bereich der Trochlea, und eine Ganglionbildung an der Innenmeniskuswurzel bei einer fraglichen Distorsion des linken Kniegelenks. Seiner Meinung nach könne das Unfallereignis vom 27. Januar 2019 nur für zwei Wochen als überwiegend wahrscheinliche Teilursache der gesundheitlichen Störungen angenommen werden. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass ein Distorsionsereignis stattgefunden habe, das geeignet gewesen wäre, einen Meniskus zu verletzen. Gemäss Aktenbeurteilung vom 29. April 2021 spreche allein die horizontale Rissform überwiegend wahrscheinlich für eine Degeneration des Meniskus. Diese Einschätzung werde durch das Vorhandensein von kleinzystischen Ganglien im Bereich der Meniskusbasis untermauert. Zudem sei weder in der MRT noch vom Orthopäden eine Läsion im Kapselbandbereich festgestellt worden, weshalb mit höchster Wahrscheinlichkeit kein Distorsionstrauma stattgefunden habe. Zusammenfassend kommt er zum Schluss, es habe weder ein Distorsionstrauma stattgefunden, das einen Meniskus verletzen können, noch sei es zu einem Kontusionstrauma gekommen, das einen derartigen Knorpelschaden bewirken können.

5.4.2 Prof. Dr. E.\_\_\_\_ diagnostiziert am 24. Mai 2019 einen posttraumatischen Knorpelschaden zentral in der Trochlea links bei einem Status nach einer Kniegelenksdistorsion/Kontusion Knie links am 27. Januar 2019. Gemäss seiner Stellungnahme vom 4. März 2021 sei der Knorpelschaden eindeutig als Unfallfolge zu betrachten. In seiner Stellungnahme vom 6. April 2021 stellt er nochmals klar, dass auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, da die Meniskusrupturen eindeutig nicht degenerativ bedingt seien.

5.4.3 Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostiziert in seinem Bericht vom 10. Juli 2019 einen medialen Meniskusriss links von einer Kniedistorsion bei Skiunfall vom 27. Januar 2019. Auf den MRT-Bildern sei ein horizontaler Riss des Innenmeniskus mit einem begleiteten kleinen Ganglion ersichtlich. Zudem seien eine Knorpelulzeration am medialen Femurkondylus, sowie ein diskretes Weichteilödem am medialen Patellarand zu sehen. Die Ganglionbildung und der Knorpelschaden könnten durchaus eine Folge des Meniskusrisses vom Januar 2019 und damit eine Unfallfolge sein.

5.4.4 Gemäss Schreiben von Dr. G.\_\_\_\_, dem Operateur der Knorpeltransplantation, vom 11. Juni 2021 seien die Darlegungen von Dr. D.\_\_\_\_ zwar grundsätzlich nachvollziehbar, nicht aber aufgrund der von ihm intraoperativ beurteilten Knorpelschäden. Daraus sei ein eindeutig traumatischer Zusammenhang ersichtlich und es seien keine Anzeichen einer Abnutzung zu erkennen. Aufgrund seines intraoperativen Befundes sei von einem klaren kausalen Zusammenhang zwischen Unfall und Knorpelschaden auszugehen. Dieser Zusammenhang sei mit

deutlich über 50 % Wahrscheinlichkeit bzw. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch den intraoperativen Befund dokumentiert.

6.1 Die Vorinstanz stütze sich in ihrem Entscheid vollumfänglich auf die Aktenbeurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. D.\_\_\_\_. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Der reinen Aktenbeurteilung kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschiedenen bewertet werden. In diesen Fällen kann sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C\_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Eine solche Konstellation liegt hier grundsätzlich vor. Dr. D.\_\_\_\_ hatte gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten hauptsächlich zu beurteilen, ob der horizontale Meniskusriss und der Knorpelschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens teilweise in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Januar 2019 stehen. Bei dieser Fragestellung kann eine ausschliesslich gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung durchaus Klärung bringen.

6.2 Wie in Erwägung 5.3.3 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung 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 Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Betreffend Unfallkausalität herrscht unter den Fachärzten keine Einigkeit. Allen voran Prof. Dr. E.\_\_\_\_ und der Operateur Dr. G.\_\_\_\_ sprechen sich für die Annahme der Unfallkausalität aus, während Dr. D.\_\_\_\_ von einer degenerativen Entwicklung ausgeht. Es liegen also abweichende, eingehend begründete Einschätzungen verschiedener behandelnder Fachärzte vor. Darüber hinaus sind die Darlegungen der ärztlichen Berichte in der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ unvollständig. Der Vertrauensarzt erwähnt bei der Auflistung der Vorakten exakt alles das nicht, was in den entsprechenden Berichten der behandelnden Ärzte für eine Unfallkausalität spricht.

6.3 Bei dieser Sachlage bestehen durchaus Zweifel an der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung, weshalb der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu empfehlen ist, die medizinische Situation und namentlich die Kausalitätsfrage mittels einer externen und unabhängigen Beurteilung abzuklären.

7.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das UVG

keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem die Beschwerde gutzuheissen ist, hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. In der Honorarnote vom 21. Februar 2022 hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 15,83 Stunden geltend gemacht, was angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen gerade noch angemessen ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind ferner die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 122.40. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'394.10 (15,83 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 122.40 sowie 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. September 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zur materiellen Beurteilung im Sinne der Erwägungen an die SWICA zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die SWICA hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'394.10 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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