



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. Juli 2018 (725 17 408 / 191)

Unfallversicherung

Teilkausalität; Indirekte Unfallfolgen: Differenzierung der Unfallkausalität von Beschwerden am traumatisierten Knie, Beweiskraft von versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dominik Zehntner, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1987 geborene A.____ war seit dem 1. September 2013 bei der B.____ AG in C.____ als Elektrofachmonteur angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 3. August 2016 erlitt der Versicherte bei der Arbeit einen Unfall, als er auf einer Baustelle in D.____ auf einer Leiter ausrutschte, mit dem Körper nach hinten fiel und den Fuss an einer Sprosse einklemmte. Dabei erlitt er eine

Distorsion des rechten Knies (gemäss Bericht des Notfallszentrums des Spitals E.____) vom 3. August 2016). Die Suva anerkannte zunächst ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Mit Verfügung vom 13. März 2017 stellte der Unfallversicherer die Leistungen unter Hinweis auf den gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung mangelnden Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden des Versicherten und dem Unfallereignis vom 3. August 2016 per 31. März 2013 ein. Daran hielt sie, nach Einholung einer weiteren vertrauensärztlichen Stellungnahme, mit Einspracheentscheid vom 3. November 2017 fest.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Dominik Zehntner, am 5. Dezember 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Beschwerdegegnerin sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, die per 31. März 2017 eingestellten Versicherungsleistungen rückwirkend wieder aufzunehmen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, dass durch das Unfallereignis zwei bestehende Vorzustände im Bereich des Knies symptomatisch geworden seien. Sie seien somit zumindest teilursächlich auf den Unfall zurückzuführen. Auch die neuropathischen Beschwerden seien durch den unfallbedingt notwendig gewordenen Eingriff entstanden und somit indirekt auf diesen zurückzuführen. Die Kausalität sei nicht entfallen, sondern bestehe auch nach dem 31. März 2017 weiter.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 21. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung ihres Einspracheentscheids und verwies auf die eingeholte Stellungnahme ihres Vertrauensarztes PD Dr. med. F.____ vom 19. Februar 2018.

D. In seiner Replik vom 28. März 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und führte aus, dass die von Dr. F.____ vorgenommene Differenzierung der Kniebeschwerden nicht dem Zweck des Gesetzes entspreche. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 3. Mai 2018 auf die Einreichung einer Duplik.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Form und Frist; ordnungsgemässe Bevollmächtigung des Rechtsvertreters; örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts; Beschwerdelegitimation) sind erfüllt, so dass auf die Beschwerde eingetreten werden kann.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. März 2017 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Gemäss 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 (Heilbe-

handlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei erstreckt sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. Urteils des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer (andauernden) gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im

Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blossе 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 leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.4 Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 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. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf einen operativen Eingriff mit anschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Beschwerden diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Art. 36 UVG setzt voraus, dass der Unfall und der Vorzustand derart zusammenwirken, dass von einer gemeinsamen Verursachung des Gesundheitsschadens zu sprechen ist. Beide Ursachen sind somit für den gleichen Schaden kausal. Keine gemeinsame Verursachung liegt vor und die Bestimmung ist daher nicht anwendbar, wenn die beiden Einwirkungen einander nicht beeinflussende Schäden verursacht haben, so etwa wenn der Unfall und der Vorzustand verschiedene Körperteile betreffen und sich damit die Krankheitsbilder nicht überschneiden (BGE 126 V 116 E. 3a; BGE 121 V 326 E. 3). Mit Art. 36 UVG wird das Kausalitätsprinzip teilweise durchbrochen; der Unfallversicherer hat für Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilflosenentschädigungen ohne Einschränkung aufzukommen (Art. 36 Abs. 1 UVG). Liegt eine gemeinsame Schadenverursachung vor, kann somit keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (BGE 121 V 326 E. 3c).

4.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinwei-

sen). Das Gericht hat diese 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 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

5. Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind folgende medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Erstbehandelnd war nach dem Unfall am 3. August 2016 das Notfallzentrum des Spitals E. _____. Gemäss deren Bericht desselben Tages habe der Patient eine Distorsion des rechten Knies erlitten, als er bei der Arbeit auf die Leiterinnenseite abgerutscht und mit dem Körper nach hinten gefallen sei. Der Patient beklage Schmerzen vor allem infrapatellar, jedoch auch in der Kniekehle. In der klinischen Untersuchung habe sich infrapatellar und insbesondere in der Kniekehle eine Druckdolenz gezeigt. In der Bildgebung sei keine ossäre Läsion sichtbar geworden, als Nebenbefund sei jedoch eine kartilagine Exostose festzustellen.

5.2 In der Folge wurden beim Versicherten weitere bildgebende Untersuchungen vorgenommen. Prof. Dr. G.____, FMH Radiologie, stellte folgende Befunde fest: eine grosse Exostose an der rechten proximalen Tibiametaphyse mit insgesamt benignem Aspekt bei nur flacher Knorpeldeckung; eine Patella bipartita mit arthrotisch bedingter Ödemzone im freien Ossikel sowie in der angrenzenden Patella; ein abortiver Morbus Osgood Schlatter mit isoliertem Ossikel in der Bursa infrapatellaris profunda; ein umschriebenes Knochenmarködem in der Höhe der Tuberositas Tibia mit intraossärem Ganglion sowie degenerative Veränderungen im verkürzten Ligamentum patellae bei Patella baja.

5.3 Mit Verlaufsbericht vom 22. August 2016 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Praxisklinik H.____ einen aktivierten Morbus Osgood Schlatter nach Kontusion des rechten Kniegelenks mit kartilaginärer Exostose der dorsalen Tibia und Patella bipartita. Der Patient berichtete über eine dezente Verbesserung durch die Physiotherapie in den letzten zwei Wochen, beschreibe jedoch immer noch starke belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Tuberositas Tibia und auch dorsal in der Kniekehle. Aufgrund der persistierenden Schmerzen bei aktiviertem Morbus Osgood Schlatter wurde anlässlich der Verlaufskontrolle vom 20. September 2016 die operative Versorgung (Exzision des Knochenfragmentes und Zystenauffüllung der Tibia) beschlossen.

5.4 Der Kreisarzt Dr. med. I.____, FMH Chirurgie, gab auf Anfrage des Unfallversicherers mit Formular vom 27. September 2016 an, dass die geplante Operation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 3. August 2016 zurückzuführen sei. Es sei noch kein Status quo sine/ante erreicht worden.

5.5 Gemäss Operationsbericht von PD Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der Klinik H.____ wurde am 7. Oktober 2016 die Exzision der Verknöcherung zur histologischen Untersuchung eingeschickt. Das Osgood Schlatter Fragment habe in toto geborgen werden können. Der osteophytäre Sporn an der Tuberositas Tibia sei abgetragen worden. Die Zyste in der Tibia sei aufgebohrt und versiegelt worden. Dem Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 7. Oktober 2016 zufolge habe der Patient am 10. Oktober 2016 weiterhin sehr starke Schmerzen im Bereich der Tuberositas tibiae beklagt und lediglich eine eingeschränkte Beweglichkeit erreicht. Der Austritt sei deshalb auf den 12. Oktober 2016 verschoben worden.

5.6 Die weiteren Verlaufsberichte vom 21. Oktober 2016 bis 24. November 2016 zeigten einen positiven operativen Verlauf. Am 12. Januar 2017 – drei Monate postoperativ – stellte sich der Patient erneut zur Verlaufskontrolle vor. Gemäss Verlaufsbericht desselben Tages sei er mit Gehstöcken zur Kontrolle gekommen und beklage trotz klinisch leichter Verbesserung noch Schmerzen in der Kniekehle und am Operationsbereich am vorderen Knie. Aufgrund des Enchondroms an der Kniekehle werden weitere Abklärungsmassnahmen beschlossen. Nach einer Vorstellung beim Tumorboard am Spital K.____ hielten die behandelnden Ärzte der Klinik H.____ am 23. Februar 2017 fest, dass es sich vom bildmorphologischen Aspekt eindeutig um ein Osteochondrom der dorsalen proximalen Tibia rechts handle und nicht um ein Sarkom. Im

MRI zeige der Befund eine deutliche Venenkompression und Verdrängung des Os tibialis. Der Patient sei noch nicht arbeitsfähig. Er wünsche jedoch, dass vor einer operativen Lösung für den störenden Kniekehlenknochentumor zunächst alle konservativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden.

5.7 In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 9. März 2017 führte Dr. I.____ aus, dass es beim Unfall vom 3. August 2016 zu einer Distorsion respektive Kontusion des rechten Kniegelenks mit Traumatisierung des vorbestehenden Morbus Osgood Schlatter und mit Traumatisierung des vorbestehenden Osteochondroms an der dorsalen proximalen Tibiametaphyse gekommen sei. Eine zusätzliche strukturelle Läsion sei nicht zustande gekommen. Aktuell, über sechs Monate nach dem Unfallereignis, könne davon ausgegangen werden, dass Unfallfolgen im Beschwerdebild des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielten. Allenfalls noch vorhandene Restbeschwerden seien einerseits auf das vorbestehende unfallfremde Osteochondrom und andererseits auf den vorbestehenden Morbus Osgood Schlatter zurückzuführen. In der Folge stellte die Beschwerdegegnerin die Leistungen mit Verfügung vom 13. März 2017 per 31. März 2017 ein.

5.8 Im Rahmen des Einspracheverfahrens stellte der Kreisarzt Dr. I.____ am 12. Mai 2017 fest, dass sich das Beschwerdebild des Versicherten nun vermehrt auf das Osteochondrom konzentriere. Dieses sei jedoch unfallfremd, wodurch ein krankhafter Vorzustand behandelt werde. Betreffend die postoperative Rehabilitation des exzidierten Morbus Osgood Schlatter sei festzuhalten, dass diese in der Regel drei bis vier Monate dauere. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung fünf Monate nach der Operation sei die Rehapphase längst abgeschlossen gewesen. Allfällige Restbeschwerden seien nicht auf den operativen Eingriff, sondern auf vorbestehende generative Veränderungen im Operationsgebiet zurückzuführen.

5.9 Gemäss Operationsbericht vom 19. Mai 2017 wurde beim Patienten am 16. Mai 2017 eine Resektion des Osteochondroms an der proximalen Tibia rechts vorgenommen. Dr. J.____ berichtete am 4. Juni 2017 über einen zunächst positiven operativen Verlauf. Am 3. Juli 2017 meldete sich der Patient jedoch mit einer lateralseitiger Schwellung der Patellarsehne und mit elektrisierenden Schmerzen mit Druckdolenz im rechten Knie zur Sprechstunde. In einer sonsographischen Untersuchung desselben Tages hätten sich verschiedene inhomogene Veränderungen und Verdickungen gezeigt.

5.10 Mit Bericht vom 30. November 2017 diagnostizierte Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine Neuropathie/Entrapment des Ramus infrapatellaris und des Nervus saphenus des rechten Knies bei Status nach Exzision des Osteochondroms vom 17. Mai 2017, Status nach Tendolyse der Patellarsehne, Exzision der Sehnenverknöcherung und Exzision des Osgood Schlatter Fragments vom 17. Oktober 2016 und teilweiser positiver Infiltration der Bursa infrapatellaris am 5. Oktober 2017. Der Patient berichte, dass im Anschluss an die letztmalig durchgeführte Infiltration die Beschwerden zeitweise für fünf bis sieben Tage fast vollständig verschwunden seien. Seither jedoch seien die Beschwerden wieder aufgetreten mit Schmerzen vor allem anterior im Bereich der Narbe ausstrahlend nach medial proximal ziehend (dem Verlauf des Ramus infrapatellaris und des Nervus saphenus entsprechend).

Die Beschwerden im Bereich des ehemaligen Morbus Schlatters seien deutlich verbessert. Die neuropathischen Schmerzen seien jedoch weiterhin stark limitierend und einschränkend, so dass weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

5.11 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin eine chirurgische Beurteilung von PD Dr. F.____ vom 19. Februar 2018 ein. Unter Darlegung der entsprechenden Fachliteratur führte dieser aus, dass es im vorliegenden Fall um die beim Versicherten anlässlich des Unfalls vorgefundene Veränderung in der Tuberositas Tibia im Sinne eines Morbus Osgood Schlatter und einem Osteochondrom an der Hinterwand der proximalen Tibia gehe. Beide Läsionen seien chirurgisch entfernt worden. Streitig sei die Kausalität der geltend gemachten Beschwerden am dorsalen Osteochondrom. Es sei festzustellen, dass in Bezug auf den Unfallmechanismus sehr divergierende Darstellungen vorlägen, so dass auf diesen nicht abgestellt werden könne. Auch die klinischen Angaben seien nicht konsistent. Angesichts dieser Unstimmigkeiten empfehle sich eine genaue Betrachtung der vorliegenden Bildgebung, die objektiv und nicht von subjektiven Angaben verfälscht sei. Daraus werde ersichtlich, dass es anlässlich des Unfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Kontusion der ventral liegenden Kniestrukturen mit Läsion der dort liegenden vorbestehenden ossären Strukturen (Morbus Osgood Schlatter, Patella bipartita) gekommen sei. Im Bereich der Kniekehle respektive Dorsalseite des Knies bestünden keine Hinweise auf eine Traumatisierung, was angesichts des postulierten Unfallhergangs auch sehr unwahrscheinlich und schlecht erklärbar sei. Die Resektion des Osteochondroms sei damit nicht im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. Eine richtungsgebende Verschlimmerung der Vorzustände sei vom Unfall nicht bewirkt worden. Eine Kontusion verursache lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung. Eine simple Kontusion könne eine maximale Behandlungsdauer von 16 Wochen nach sich ziehen. Bei den Vorzuständen des Versicherten könne die Behandlung auch länger dauern bis maximal 32 Wochen. Vor Erreichen des Status quo sine sei die erste Operation vorgenommen worden. Die Rehabilitation nach einer solchen Exzision sei häufig protrahiert und könne bis einige Monate dauern. Basierend auf der zitierten Literatur könne spätestens acht Monate nach der Operation mit einer abgeschlossenen Rehabilitation gerechnet werden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrem Einspracheentscheid vom 3. November 2017 in Bezug auf die Frage, ob zwischen dem Unfall vom 3. August 2016 und den Beschwerden ab 1. April 2017 ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe, auf die Ausführungen ihres Kreisarztes Dr. I.____ vom 9. März 2017 und 12. Mai 2017 sowie den Ausführungen ihres Kreisarztes Dr. F.____ vom 18. Februar 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass die aktuellen Beschwerden des Versicherten hauptsächlich auf das Osteochondrom zurückzuführen seien, welches jedoch unfallfremd sei. Nach einer durchschnittlichen Rehabilitationszeit im Anschluss an die Operation des Morbus Osgood Schlatters seien lediglich die Vorzustände noch von Bedeutung. Wie in Erwägung 4.2 hiervoor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall – wie hier – ohne Einholung eines externen Gutachters entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend ist somit zu prüfen, ob die kreisärztlichen Einschätzungen den beweisrechtlichen Anforderungen in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt und

insbesondere der Beurteilung der Kausalität zu genügen vermögen. Bereits vorab ist festzuhalten, dass die psychiatrische Problematik des Beschwerdeführers für die vorliegende Beurteilung keine Relevanz hat, da dieser bereits aufgrund der Kniebeschwerden durchgehend zu 100% arbeitsunfähig gewesen ist.

6.2 In seiner ersten – für den Erlass der angefochtenen Einstellungsverfügung relevanten – kreisärztlichen Beurteilung schloss sich Dr. I.____ in Bezug auf den ursprünglichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Kniebeschwerden noch den (erst-)behandelnden Ärzten an. So ging er mit den Notfallärzten des Spitals E.____ davon aus, dass es beim Unfall zu einer Distorsion und Traumatisierung des gesamten Knies, d.h. sowohl des vorbestehenden Morbus Osgood Schlatter als auch des vorbestehenden Osteochondroms, gekommen sei. Obwohl er somit von einer zumindest teilweisen Ursächlichkeit des Unfalls für die Beschwerden ausging, nahm er in der Folge aufgrund des Zeitablaufs das Erreichen des Status quo sine an. Daran hielt er in seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2017 fest. Demgegenüber geht Dr. F.____ in seiner chirurgischen Beurteilung davon aus, dass es bereits an einer anfänglichen Traumatisierung der Kniekehle fehle, wodurch die noch zu behandelnden Beschwerden des Osteochondroms von Beginn weg in keinem Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen könnten. Dies vermag indessen mit Blick auf die Akten nicht zu überzeugen. Der Beschwerdeführer hat bereits unmittelbar nach dem Unfall und über die gesamte Behandlungsdauer hinweg über (Druck-)Schmerzen in der Kniekehle geklagt. Die behandelnden Ärzte und auch Dr. I.____ haben eine Traumatisierung der Kniekehle bejaht. Entgegen der Auffassung von Dr. F.____ wurde der Unfallhergang nicht wesentlich unterschiedlich geschildert. Aus den Darstellung in den Akten wird deutlich, dass der Beschwerdeführer oben auf einer Leiter ausrutschte und mit dem Körper nach hinten fiel; sein Fuss hakte bzw. klemmte sich indessen an der Leiter ein und fing ihn abrupt auf. Mit Blick auf diesen Unfallhergang scheint eine Distorsion des Knies mit Traumatisierung auch der dorsalen Seite wahrscheinlich. Nach dem Ausgeführten bestehen mehr als bloss geringe Zweifel an den untereinander und in Bezug auf die behandelnden Ärzte widersprüchlichen kreisärztlichen Beurteilungen. Auf die betreffenden versicherungsinternen medizinischen Grundlagen für die Leistungseinstellung kann somit nicht abgestellt werden und es wären ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Aus nachfolgenden Gründen kann vorliegend jedoch darauf verzichtet werden.

6.3 Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass beim Unfall vom 3. August 2016 beide krankhaften Vorzustände des Knies (Morbus Osgood Schlatter und Osteochondrom) manifest wurden. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt somit erst, wenn der Status quo sine vel ante erreicht worden ist. Die von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Kreisärzte scheinen dies mit einer „Aufteilung“ der Kniebeschwerden (Morbus Osgood Schlatter, Osteochondrom, Neuropathie) zu bejahen. Dies vermag indessen nicht zu überzeugen. Der Unfall war für die Manifestierung beider Vorzustände kausal. Die Neuropathie ist gemäss den behandelnden Ärzten Folge der unbestrittenermassen aufgrund des Unfalls nötig gewordenen Operation vom 7. Oktober 2016 und damit indirekte Unfallfolge (vgl. E. 3.2 hiervor). Die von den Kreisärzten vorgenommene Aufteilung der Kniebeschwerden widerspricht dem Sinn von Art. 36 UVG und erscheint künstlich. Auch wenn die Operation des Osteochondroms vom 16. Mai 2017 primär aufgrund des krankhaften Vorzustandes vorgenommen wurde, kann nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass sie auch ohne den Unfall vom 3. August 2016 im selben Zeitpunkt notwendig geworden wäre (E. 3.4 hiavor).

6.4 Nach dem Ausgeführten lässt die medizinische Aktenlage nicht darauf schliessen, dass der Unfall vom 3. August 2016 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 31. März 2017 jede – auch nur teilweise – kausale Bedeutung verloren hatte. Demnach ist die Beschwerdegegnerin verpflichtet, über den 31. März 2017 hinaus bis zum Behandlungsabschluss der Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. Mai 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11 Stunden und 55 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie der Verfahrensdauer als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.– zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 73.70. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 3'294.40 (7 Stunden und 10 Minuten à Fr. 250.– und Auslagen von Fr. 47.20 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer sowie 4 Stunden und 45 Minuten à Fr. 250.– und Auslagen von Fr. 26.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. November 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer über den 31. März 2017 hinaus die (vorübergehenden) Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'294.40 (inklusive Auslagen und 8% respektive 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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