Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Juni 2024 (720 24 39 / 148)

Unfallversicherung

Rückfall: Kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einem Unfall mit Knöchelverletzung und den über zwei Jahre später geltend gemachten Kniebeschwerden; keine Leistungspflicht aus Listenverletzung

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Tina Gerber
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A.1 Der 1964 geborene A.____ ist seit dem 1. August 2008 bei der B.____ AG in der Produktion angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 13. März 2020 erlitt der Versicherte einen Unfall, als er nach dem Duschen auf der Treppe ausrutschte und sich am linken Fussgelenk verletzte (Unfallmeldung vom 27. November 2020). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen

Versicherungsleistungen (Taggeld, Kosten der Heilbehandlung). Gemäss Bagatellunfallmeldung vom 16. Dezember 2020 erlitt der Versicherte am 11. Dezember 2020 einen weiteren Unfall, als er beim Herablassen des Blasschuhs am Filterkranz im Waschraum rückwärts in einen Bodenabfluss trat und hinfiel, wobei er sich am linken Fussgelenk verletzte. Die Suva anerkannte auch für diesen Unfall ihre Leistungspflicht.

A.2 Am 22. November 2022 meldete A.____ einen Rückfall betreffend den Unfall vom 13. März 2020, eventuell auch zum Unfall vom 11. Dezember 2020. Er sei bei diesen Ereignissen jeweils auch auf das linke Knie gefallen und habe Kniebeschwerden verspürt. Aufgrund der Schwellung am Fuss hätten diese Kniebeschwerden damals nicht im Vordergrund gestanden. Er habe vor dem Unfall keine Beschwerden am linken Knie gehabt. Seit gut ein bis zwei Monaten verstärkten sich die Beschwerden und er begebe sich nun in Behandlung.

A.3 In der Folge führte die Suva medizinische Abklärungen durch und holte namentlich bei ihrer Kreisärztin Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, eine versicherungsmedizinische Beurteilung ein. Gestützt auf deren Schlussfolgerungen verneinte sie mit Verfügung vom 5. April 2023 einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für die gemeldeten Beschwerden am linken Knie. Sie führte aus, dass zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 13. März 2020 kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe. Eine dagegen vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt Markus Schmid, erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 10. Januar 2024 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Schmid, am 12. Februar 2024 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die Beschwerdegegnerin in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 10. Januar 2024 zu verurteilen, ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zur Frage der Unfallkausalität einzuholen, um anschliessend neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Durchführung einer öffentlichen Parteiverhandlung im Sinne von Art. 6 EMRK beantragt; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf den behandelnden Facharzt vor, dass die Meniskusverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest im Sinne einer Teilkausalität auf den Unfall vom 13. März 2020 zurückzuführen sei. An der versicherungsinternen medizinischen Einschätzung bestünden offenkundige Zweifel. Ferner sei zu berücksichtigen, dass eine Listenverletzung vorliege und die Beschwerdegegnerin keinen Entlastungsbeweis erbracht habe.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 6. März 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 11. März 2024 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

E. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung wurde der Beschwerdeführer zum Unfallhergang, seinen Beschwerden und dem gesundheitlichen Verlauf befragt Die Parteien hielten im

Wesentlichen an ihren Anträgen und Begründungen fest. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird –soweit erforderlich – im Rahmen der Erwägungen einzugehen sein.

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 Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts 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 Beschwerden zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 12. Februar 2024 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden am linken Knie zu Recht abgelehnt hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob zwischen den Kniebeschwerden und dem Unfall vom 13. März 2020 ein rechtsgenüglicher Kausalzusammenhang besteht.

3.1 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). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG).

3.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle gewährt. Dabei handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt.

4. Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG).

Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). 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. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). 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 entfiele. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer 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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall

nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4 hiervor) nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

5.3 Bei der Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung für Rückfälle (Art. 11 UVV) gilt es zu beachten, dass Rückfälle begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliessen. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ferner ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2016, 8C_592/2016, E. 2.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2014, 8C_193/2014, E. 2 mit Hinweisen).

6. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 132 V 93 E. 4). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchun-

gen 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind 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 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4).

7. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

7.1 Dem Auszug aus der Krankenakte der erstbehandelnden Ärztin Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 16. März 2020 lässt sich entnehmen, dass der Patient auf der Treppe ausgerutscht sei und sich dabei eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks (OSG) sowie des linken Handgelenks zugezogen habe. Der Fuss sei geschwollen, die Schmerzen würden vom OSG bis in das Knie ziehen. Intermittierend, bei Belastung, verspüre der Patient zudem Schmerzen im linken Handgelenk. Sie stelle für die Zeit vom 16. März 2020 bis und mit 20. März 2020 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis aus, da der Patient meine, er könne mit der Handgelenksschiene nicht arbeiten. Den nächsten Termin, der auf den 30. März 2020 angesetzt gewesen sei, habe der Patient nicht wahrgenommen.

7.2 Gemäss dem Eintrag in der Verlaufsdokumentation von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 22. November 2022 habe sich der Patient vorgestellt aufgrund medialer Knieschmerzen, teilweise auch Nachtschmerzen. Er berichte über ein Unfallereignis mit einem Treppensturz vor zweieinhalb Jahren. Damals habe er ein stark geschwollenes OSG links gehabt. Auf der rechten Seite bestehe ein Status nach Kniekontusion im Dezember 2020. Am linken Knie zeige sich aktuell ein deutlicher intraartikulärer Erguss mit zusätzlicher poplitealer Schwellung. Die Flexion/Extension betrage 120-0°. Feststellbar sei eine leichte Druckdolenz über dem medialen Schienbeinkopf und dem medialen Kniegelenkspalt. Es seien keine eindeutigen positiven Rotationszeichen für den Innenmeniskus auslösbar. Die Kreuz- und Seitenbänder seien stabil; die Patella sei frei verschieblich. Die Röntgenuntersuchung habe eine varische Achse mit Gelenkspaltverschmälerung medial sichtbar gemacht. Am ehesten handle es sich um eine posttraumatische oder degenerative Läsion im medianen Kniekompartiment, wobei wahrscheinlich Knorpel und Meniskus betroffen seien.

7.3 Anlässlich einer MRI-Untersuchung vom 2. Dezember 2022 wurden folgende Befunde festgestellt: (1) Eine Verkürzung des Innenmeniskuskorpus und Hinterhorns (bei fraglichem Status nach Teilmeniskektomie), der Restmeniskus sei dort degenerativ signalverändert und ausgefranst mit kleinen Einrisse und kleiner Flap anterior der hinteren Meniskuswurzel; (2) eine moderate mediale Gonarthrose links mit flächigem Knorpelabrieb (Grad II- III); (3) Zeichen der Aktivie-

rung bei Knochenödem an der medialen Tibiakante und bei einem kräftigen pericapsuloligamentären Ödem posteromedial sowie bei einem moderaten Erguss und mässig grosser Baker-Zyste; (4) eine diffuse Knorpelausdünnung zentral in der Trochlea (Grad III) und eine oberflächliche Chondropathie retropatellar (Grad II; zentral/medial); (5) eine kräftige Plica mediopatellaris mit Reizzustand sowie (6) varische Beinachsen links mehr als rechts.

7.4 Mit Bericht vom 8. Dezember 2022 diagnostizierte Dr. E.____ eine beginnende mediale Gonarthrose links nach Treppensturz im März 2020 mit zusätzlicher OSG-Distorsion links. Die Schmerzen des Patienten seien durch den MRI-Befund erklärbar. Möglicherweise habe er sich vor zwei Jahren eine Meniskusverletzung posteromedial zugezogen, welche nun konsekutiv zu einer beginnenden Arthrose geführt habe. Seines Erachtens sei eine chirurgische Behandlung mit Valgisationsosteotomie zur Entlastung des medialen Kniekompartiments angezeigt.

7.5 Dr. E.____ führte am 19. Januar 2023 eine Arthroskopie des linken Knies mit medialer Teilmeniskektomie, posteromedialer Meniskusnaht, Knorpelglättung und Mikrofrakturierung des medialen Femurcondylus, einer Plicaresektion medial sowie eine medial aufklappende valgisierende Tibiakopf-Osteotomie mit allogener Spongiosaplastik links durch.

7.6 Gemäss Arztzeugnis UVG vom 15. Februar 2022, ausgefüllt von Dr. E.____, handle es sich bei den aktuellen Kniebeschwerden um einen Rückfall zum Treppensturz mit Distorsion des linken OSG und des linken Kniegelenks im März 2020. Aktuell sei eine beginnende mediale Gonarthrose links zu diagnostizieren. Der Patient sei ab dem Operationsdatum für circa drei Monate zu 100% arbeitsunfähig.

7.7 Die Beschwerdegegnerin beauftragte in der Folge ihre Kreisärztin Dr. med. C.____ mit einer versicherungsmedizinischen Beurteilung des Sachverhalts. In ihrer Stellungnahme vom 4. April 2023 betonte sie, dass echtzeitlich zum Unfallereignis am 13. März 2020 keine Verletzung des Knies dokumentiert gewesen sei. Die nunmehr festgestellten bildgebenden Befunde seien allesamt degenerativer Genese und auf eine mediale Überlastung bei deutlicher Varusdeformität zurückzuführen. Entsprechend sei auch nicht bloss eine Meniskussanierung, sondern auch eine Umstellungsosteotomie durchgeführt worden. Degenerative Veränderungen des Meniskusgewebes würden mit dem 30. Lebensjahr beginnen und seien ab einem Alter von über 40 Jahren die Regel. Degenerative Läsionen würden von einem horizontalen Spalt ausgehen und über eine Lappenläsion zu komplexen Läsionen fortschreiten. Spontane Läsionen an degenerativen Menisken würden auch ohne Unfall auftreten. Beim Versicherten liege eine solche Komplexläsion des medialen Meniskus in der Hauptbelastungszone vor. Die mediale Überlastung sei Folge der auch radiologisch dokumentierten Varusfehlstellung («O-Beine»). Beim Ereignis vom 13. März 2020 habe sich der Versicherte keine frische strukturelle Läsion im Bereich des linken Kniegelenkes zugezogen. Durch das Ereignis habe es, wenn überhaupt, zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden chronisch-degenerativen (womöglich stummen) Veränderungen, kommen können. Die seit 2022 geklagten Beschwerden seien damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 13. März 2020 zurückzuführen.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Januar 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen die Kreisärztin Dr. C.____ in ihren Beurteilungen vom 4. April 2023 gekommen war. Sie ging demzufolge davon aus, dass die geklagten Kniebeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 13. März 2020 stünden.

8.2 Wie in Erwägung 6 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten 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 das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann 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). Die beim Beschwerdeführer festgestellten Befunde und Diagnosen sind grundsätzlich unbestritten. Die Beurteilung der natürlichen Kausalität darf folglich im Rahmen eines Aktengutachtens beurteilt werden. Wie auch bei anderen versicherungsinternen medizinischen Einschätzungen sind bei solchen Aktengutachten allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen indessen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht vor. Zwar erscheinen die Ausführungen der Kreisärztin auf den ersten Blick eher knapp und allgemein gehalten. Dennoch ist festzustellen, dass sich ihre Beurteilung auf die Vorakten, die bildgebenden Dokumentationen und die geklagten Beschwerden stützt und für die streitigen Belange umfassend ist. Insbesondere ist mit der Kreisärztin festzustellen, dass im Nachgang zum Unfall vom 13. März 2020 keinerlei Verletzung des Knies dokumentiert ist. Dies geht einerseits aus den echtzeitlichen ärztlichen Berichten hervor, wird jedoch auch aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der heutigen Parteiverhandlung deutlich. So führte er aus, dass er nach dem Unfall insbesondere Schmerzen im linken Knöchel verspürte, die bis ins Knie gezogen hätten. Von Schmerzen, die vom Knie selbst herrührten, war weder in den echtzeitlichen Berichten noch anlässlich der heutigen Hauptverhandlung die Rede. Gegen eine unfallbedingte Verletzung des Knies spricht überdies der Verlauf der Kniebeschwerden. Während bei einer frischen unfallkausalen Läsion mit sofortigen Beschwerden zu rechnen wäre, berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Parteibefragung von schwankenden und wechselnden Knieschmerzen und -beschwerden, die im Verlaufe der Zeit schlimmer wurden. Im Jahr 2022 habe sich die Situation derart verschlechtert, dass die Schmerzen nunmehr vom Knie in den Fuss strahlten. Damit beschreibt der Versicherte jedoch eher eine degenerative Entwicklung, wie sie auch von Dr. C.____ angenommen wird. Die Beurteilung der Kreisärztin erweist sich damit im Ergebnis als schlüssig und nachvollziehbar.

8.3 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die Beweiskraft der versicherungsinternen Einschätzung in Frage zu stellen. Soweit er vorbringt, dass die Kreisärztin

zu Unrecht eine frühere Teilmeniskektomie in Betracht ziehe, ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass diese Angabe von einer im MRI-Bericht vom 2. Dezember 2022 aufgeführten Verdachtsdiagnose übernommen worden ist. Die Verdachtsdiagnose war indessen für die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht von entscheidender Bedeutung, weshalb die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht verpflichtet war, diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen. In erster Linie beruft sich der Beschwerdeführer indes auf die Einschätzung des behandelnden Facharztes Dr. E.____. Während die Kreisärztin in ihrer Beurteilung auf die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen und die Varusfehlstellung verweist sowie die Vorakten und den Beschwerdeverlauf berücksichtigt, beschränkt sich Dr. E.____ auf die mehrfach festgehaltene Aussage, die Verletzung sei «posttraumatisch nach Treppensturz» entstanden, ohne dafür aber eine eingehende, differenzierte oder nachvollziehbare Begründung zu liefern. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang auch, ob dem behandelnden Facharzt die Vorakten bekannt waren und von welchem Unfallhergang er bei seiner Aussage ausgegangen ist. Die Angaben von Dr. E.____ sind somit nicht geeignet, mindestens geringe Zweifel an der Einschätzung von Dr. C.____ zu wecken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 31. Januar 2012, 8C_800/2011, E. 3.3 und 3.5 und vom 7. Dezember 2016, 8C_679/2016, E. 3.3.1). Der Beschwerdeführer führt zwar zu Recht aus, dass auch eine Teilkausalität genüge, um die Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen. Aufgrund des Ausgeführten kann indes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass das linke Knie beim Sturz vom 13. März 2020 überhaupt in einer massgeblichen Weise beteiligt gewesen ist. Vielmehr ist aufgrund der degenerativen Veränderungen und des doch deutlichen zeitlichen Abstandes zum Unfall (vgl. E. 5.3 hiervor) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die entsprechenden Beschwerden nicht auch ohne das Unfallereignis zu dieser Zeit eingetreten wären (vgl. E. 5.1 hiervor).

8.4 Zusammenfassend ist als (Zwischen-)Ergebnis festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten linksseitigen Kniebeschwerden und die am 19. Januar 2023 durchgeführte Operation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. März 2020 zurückzuführen sind. Da der Beschwerdeführer anlässlich der heutigen Parteiverhandlung bekräftigt hat, dass es sich beim gemeldeten Tritt in den Abfluss vom 11. Dezember 2020 um einen Bagatellunfall gehandelt habe, der weder zu einer Arbeitsunfähigkeit noch zu einer Behandlung geführt habe und den er nicht für die Kniebeschwerden verantwortlich mache, erübrigt sich eine diesbezügliche Kausalitätsprüfung. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie hier – eine zuverlässige Beurteilung der Tatfrage des natürlichen Kausalzusammenhangs zu, so kann auf die eventualiter beantragte Einholung eines gerichtlichen Gutachtens verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

9.1 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund des Vorliegens einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG leistungspflichtig ist.

9.2 Das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung wurde mit der UVG-Revision vom 25. September 2015 (in Kraft seit 1. Januar 2017) neu auf Gesetzesstufe in Art. 6 Abs. 2 UVG verankert. Die Gesetzessystematik legt nahe, dass Abs. 1 (Unfall) und Abs. 2 (Listenverletzung)

unabhängig voneinander sind und grundsätzlich jeder Tatbestand einzeln zu prüfen ist (BGE 146 V 51 E. 8.5). Liegt eine Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer nach deren Meldung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer nach Art. 6 Abs. 1 UVG leistungspflichtig. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1).

9.3 Mit Art. 6 Abs. 2 UVG wird die gesetzliche (Kausalitäts-)Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008, BBl 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBl 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBl 2014 S. 7922). Dies heisst allerdings nicht, dass die Unfallkriterien überhaupt keine Relevanz mehr hätten. So ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rahmen des Entlastungsbeweises auch einem allfälligen schädigenden Geschehen Rechnung zu tragen (BGE 146 V 51 E. 8.2.1).

9.4 Liegen sowohl ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG als auch eine Listenverletzung vor, ist zu differenzieren. Ist die Listenverletzung auf das Unfallereignis zurückzuführen, ist der Unfallversicherer so lange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Hat der Unfallversicherer demgegenüber den Nachweis erbracht, dass das Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet, so erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2). Grund dafür ist, dass ein initial erinnerliches und benennbares Ereignis – nicht zuletzt aufgrund der Bedeutung des zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant ist. Fehlt es an einem solchen Ereignis, besteht keine Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG.

9.5 Bei der vorliegenden Meniskusverletzung handelt es sich um eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG. Der Beschwerdeführer bringt diese Verletzung in Verbindung mit dem Unfallereignis vom 13. März 2020. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung hat er explizit verneint, dass ein weiteres Ereignis als Auslöser für die Kniebeschwerden stattgefunden habe. Ein solches ist auch aus den Akten nicht ersichtlich. Wie in Erwägung 8 hiervor ausgeführt, ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein (auch bloss teilweiser) Kausalzusammenhang zwischen dem Treppensturz mit Knöcheldistorsion und der Ende 2022 diagnostizierten Kniebeschwerden besteht. Da sich für ein weiteres initiales Ereignis keinerlei Anhaltspunkte ergeben, erübrigt sich nach der soeben unter E. 9.74 dargestellten bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine weitere Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG. Die Beschwerdegegnerin ist folglich auch nicht aufgrund des Vorliegens einer Listenverletzung für die linksseitigen Kniebeschwerden leistungspflichtig.

10. Zusammenfassend folgt aus dem Ausgeführten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Januar 2024 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen für die beklagten Beschwerden am linken Knie zu Recht abgelehnt hat. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

11. Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2bis für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.