



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. Januar 2023 (725 22 119 / 05)

Unfallversicherung

Natürliche Kausalität in Bezug auf die im Zusammenhang mit dem Rückfall erhobenen Befunde zu Recht verneint.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst, Römerstrasse 38,
8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.a Der 1993 geborene A.____ arbeitete beim Spital B.____ und war in dieser Eigenschaft bei der SWICA Gesundheitsorganisation (SWICA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 25. September 2017 prallte der Versicherte am 24. September 2017 beim Fussballspielen mit dem Goalie zusammen, wobei er sich eine undislozierte Querfraktur der Patella am linken Knie zuzog. Die SWICA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Im September 2018 nahm A.____ die Arbeit wieder auf.

A.b Am 16. Juli 2021 wurde der SWICA ein Rückfall gemeldet. In diesem Zusammenhang wurden persistierende Schmerzen am linken Knie begleitet von einer Schwellung diagnostiziert. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse verneinte die SWICA mit Verfügung vom 22. Dezember 2021 einen Leistungsanspruch. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die geltend gemachten Beschwerden gemäss Beurteilung ihres beratenden Arztes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang zum stattgehabten Ereignis vom 24. September 2017 stünden. Daran hielt sie auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 1. April 2022 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. April 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er die Abänderung des Einspracheentscheids sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem gemeldeten Rückfall. Als Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass die Aktenbeurteilungen des beratenden Arztes, auf welche sich der leistungsablehnende Entscheid der SWICA stütze, nicht über den erforderlichen Beweiswert verfügen würden. Gestützt auf die Beurteilung seines behandelnden Arztes sei die Kausalität zwischen dem Unfall und den aktuellen Beschwerden hinreichend belegt.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 12. Juli 2022 schloss die SWICA auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), 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. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 24. April 2022 ist demnach einzutreten.

2.1 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 (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. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat.

2.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 456 E. 4b, 118 V 293 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheitskosten, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 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 entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 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 177 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 353 E. 5b).

3.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 2.2 hier vor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55; Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2022, 8C_448/2022, E. 2.3 mit zahlreichen Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_506/2008, E. 3.1 mit Hinweis).

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

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für

den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung der vorliegend umstrittenen Frage der natürlichen Kausalität sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen von Relevanz:

5.2.1 Wie eingangs dargelegt, erlitt der Versicherte am 24. September 2017 einen Unfall. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten eine wenig dislozierte Patellaoberpolfraktur am linken Knie, die am 28. September 2017 eine offene Reposition und eine interne Fixation indizierte (vgl. Operationsbericht des Spitals B._____ vom 5. Oktober 2017, SWICA-act. 6) und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nach sich zog.

5.2.2 In einem Sprechstundenbericht vom 13. Dezember 2017 wurde ein erfreulicher Verlauf festgestellt. Es zeige sich noch eine Schwäche der Quadrizepsmuskulatur, weshalb die Weiterführung der Physiotherapie zu empfehlen sei. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Dezember 2017 und für die Zeit danach eine solche von 50% attestiert.

5.2.3 Nachdem der Versicherte im Rahmen von weiteren Verlaufskontrollen vom 15. März 2018 und 4. April 2018 über weiterhin bestehende suprapatellare Schmerzen bei Belastung berichtet hatte, erfolgte am 13. April 2018 eine Bursektomie, eine Rarefizierung der hypertrophen Quadrizepssehne sowie eine Arthrotomie mit Entfernung von überschüssigem Narbengewebe.

5.2.4 In einer Verlaufskontrolle vom 12. Juni 2018 wurde über eine noch bestehende Schwellungsneigung suprapatellar nach Belastung berichtet und eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bis 30. Juni 2018 attestiert.

5.2.5 Mit Sprechstundenbericht vom 4. September 2018 wurde festgehalten, dass teilweise noch Schmerzen am Oberrand der Patella bestünden. Fussballspielen sei aber möglich. Bei grundsätzlich schmerzlosem Patienten erfolge nun der Abschluss der Behandlung. Des Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsfähigkeit diagnostiziert.

5.3.1 Im Zusammenhang mit dem gemeldeten Rückfall vom 16. Juli 2021 berichtete Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 17. August 2021, dass der Patient immer wieder Ergussbildungen habe, vor allem nach längerer oder stärkerer Belastung. Gleichwohl könne er nach wie vor gewisse Sportarten ausüben, wie zum Beispiel Fussballspielen. Dies jedoch mit anschliessender Einschränkung der Funktion des Kniegelenks. Daher bestehe sicherlich eine Restproblematik. Hinzu komme, dass der Vastus medialis im Seitenvergleich deutlich atrophierter sei. Dieser Indikatorermuskel wäre ansonsten deutlich besser ausgebildet. In einem entsprechend veranlassten MRI wurde eine narbige Veränderung der Quadrizeps- und Patellarsehne bei einem Status nach Patellaquerfraktur und Osteosynthese erhoben. Ferner ergab sich ein fokaler Knorpeldefekt an der medialen Trochlea sowie ein deutlicher Gelenkerguss und eine Synoviaverdickung bei Synovialitis. Als Therapie wurde eine Arthroskopie mit Entfernung des überschüssigen Weichteilgewebes sowie Bakteriologie und Histologie am linken Knie empfohlen (vgl. hierzu auch Bericht der Klinik D.____ vom 3. September 2021, SWICA-act. 47).

5.3.2 Am 14. September 2021 legte die Beschwerdegegnerin das Aktendossier Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor. Dieser führte hierzu im Wesentlichen aus, dass der Patient drei Jahre nach der letzten Operation erneut unter stärkeren Ergussbildungen leide. Ein Unfall sei zwischenzeitlich nicht mehr aufgetreten. Ein neues MRI des linken Knies vom 24. August 2021 habe erstmals eine Ergussbildung dokumentiert. Im Bereich der ehemaligen Patellaquerfraktur seien die Knorpel- und Knochenverhältnisse im besagten MRI unauffällig gewesen. Eine noch nachweisbare, aber diskrete Vernarbung der Quadrizepssehne könne eine Ergussbildung nicht überwiegend wahrscheinlich erklären. Gegenüber dem MRI vom 3. April 2018 habe nun aber am 24. August 2021 neu ein deutlicher Knorpelschaden im Bereich der Trochlea medial bestanden. Dieser Knorpelschaden habe nicht durch das Ereignis vom 24. September 2017 entstehen können, da es keine Hinweise auf eine Knochen- oder Knorpelkontusion im MRI vom 3. April 2018 gegeben habe. Bei diesem Knorpelschaden, welcher durchaus zu einer symptomatischen Ergussbildung führen könne, handle es sich überwiegend wahrscheinlich um eine unfallfremde, degenerative Veränderung. Anhand des Berichts von Dr. C.____ könne nicht eruiert werden, was jener genau mit dem überschüssigen Weichteilgewebe gemeint habe. Die Tatsache, dass er eine Biopsie und gleichzeitig eine intravenöse, antibiotische Behandlung veranlassen wolle, müsse als Zeichen dafür gewertet werden, dass er von der Möglichkeit eines Gelenkinfekts ausgegangen sei. Allerdings erwähne er in seinen Berichten vom 17. und 27. August 2021 nicht, auf welche Fakten er das Vorliegen einer möglichen Infektion abstütze. Er würde keine Fieberepisoden oder auffällige Blutanalysen erwähnen. Eine vorgängige Punktion mit Zellzahl-Analyse und bakteriologischer Untersuchung habe der Behandler offensichtlich nicht erwogen. Gestützt auf die vorhandenen Akten könne keine Indikation zum vorgeschlagenen Eingriff erkannt werden, solange nicht vorgängig ein Gelenkinfekt mittels Blutanalysen und Punktion habe diagnostiziert werden können. Falls beim Versicherten tatsächlich ein Low-grade-Infekt des linken Knies vorliegen sollte, so stünde dieser überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 24. September 2017. Ein postoperativer Infekt nach Arthrotomie, insbesondere wenn es sich um einen Low-

grade-Infekt handle, könne auch noch nach Jahren auftreten. Sollte aber ein Infekt ausgeschlossen werden können, so stünden die Behandlungen seit dem 16. Juli 2021 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis, da sich in den MRI-Bildgebungen vom 24. August 2021 keine posttraumatischen Befunde mehr finden lassen würden, welche einen Schmerz, eine Ergussbildung oder ein mechanisches Problem am Knie des Versicherten erklären könnten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. C.____ vorgängig zur Evaluation einer Arthroskopie keine Abklärung der Ätiologie des Ergusses mittels Punktion des Gelenks vorgenommen habe. Mit einer Punktion und Zellzahl-Analyse könnten bereits wichtige Hinweise auf die Ätiologie der Ergussbildung gefunden werden. Eine zellarme Punktion würde für das Vorliegen eines degenerativen Knorpelschadens der Trochlea sprechen. Eine hohe Zellzahl ohne bakteriologischer Keimnachweis könnte für eine primäre entzündliche Arthropathie sprechen (rheumatisches Leiden). Sowohl eine degenerative Knorpelerkrankung der Trochlea wie auch eine primäre entzündliche Arthropathie würden kaum von einer Arthroskopie profitieren. Eine Gelenkpunktion wäre nicht nur von diagnostischer, sondern auch therapeutischer Bedeutung. Eine arthroskopische Biopsieentnahme der Synovia sei erst dann gerechtfertigt, wenn suspekta Zeichen wie persistierend Leukozytose im Blut, eine Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP) im Blut und eine hohe Zellzahl im Gelenkpunktat ohne Keimnachweis vorliegen würden.

5.3.3 Am 16. September 2021 nahm Dr. C.____ zu Rückfragen infolge der vorstehend ergangenen Aktenbeurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin Stellung. Dr. C.____ verneinte die Frage, ob beim Versicherten zurzeit ein Low-grade-Infekt vorliege. Die operative Intervention habe indessen zum Ziel, diese Frage zu klären. Es bestehe ein Verdacht aufgrund der MRI-Bildgebungen. Eine Gelenkpunktion und eine Blutanalyse seien bisher nicht erfolgt. Die entsprechenden Fragen seien durch die anstehende Arthroskopie zu klären. Die Kausalität sei insofern gegeben, als der Patient vor der Fraktur mit anschliessender Versorgung und Materialentfernung keine Probleme mit dem Knie gehabt habe. Seit dem Unfall bestünden die Beschwerden. Die Beschwerden seien mit dem MRI erklärbar. Indessen müsse nun das Reizproblem, welches seit dem Unfall und der Versorgung bestehe, evaluiert und gefunden werden. Die eingeleiteten Massnahmen seien daher unfallkausal.

5.3.4 Mit darauffolgender Stellungnahme vom 17. September 2021 bekräftigte Dr. E.____ seine Ausführungen vom 14. September 2021. Er stellte im Wesentlichen fest, dass den vorliegenden Sprechstundenberichten von Dr. C.____ unter den aufgeführten Diagnosen an keiner Stelle ein Verdacht auf einen Infekt zu entnehmen sei. In seinen Sprechstundenberichten vom 26. August 2021 und 3. September 2021 habe er eine Arthroskopie mit synovialer Resektion (Synovektomie) und Bakteriologie und Histologie des Knies links vorgeschlagen. Er habe aber in den zitierten Berichten nicht explizit zu einem Verdacht auf einen Low-grade-Infekt Stellung genommen. Er würde auch keine Angaben über den Allgemeinzustand des Patienten oder febrile Zustände machen. Anhand der Berichte könne nicht eruiert werden, ob die von Dr. C.____ vorgeschlagene mikrobiologische Probeentnahme einem routinemässigen Vorgehen entspreche oder ob er doch (unerwähnte) Indizien erkannt habe, welche für das Vorliegen eines Infektes sprechen würden. Dr. C.____ habe am 17. August 2021 einen deutlichen Erguss mit Synoviaverdickung bei Synovialitis beschrieben. Die Verdickung der Synovia könnte aber auch durch die beiden vorausgegangenen Operationen erklärbar sein, im Sinne einer unspezifischen Vernarbung.

Es fänden sich keine Äusserungen über die Ätiologie des Ergusses. Das erfolgte nativ-MRI ohne intravenöse Kontrastmittelapplikation sei nicht geeignet, über die Ätiologie der Ergussbildung Auskunft zu geben (degenerativ, entzündlich, septisch). Selbst ein MRI mit intravenöser Kontrastmittelapplikation bleibe unsicher in der Beurteilung der Frage, ob ein Infekt vorliege. Ein Infekt sei prinzipiell nach jedem Eingriff am Kniegelenk, selbst nach jeder Kniegelenkspunktion, möglich, weshalb es korrekt sei, differenzialdiagnostisch an das Vorliegen eines solchen Infekts zu denken. Gleichwohl dürften auch andere beim Versicherten wahrscheinlichere Diagnosen nicht ausgeblendet werden, insbesondere wenn es sich nicht um eine Notfallsituation handle. Das unmittelbare Arthroskopieren sei nur bei einer Notfallsituation mit Vorliegen einer eindeutig septischen Gonitis gerechtfertigt, was beim Versicherten überwiegend wahrscheinlich nicht der Fall sei. Dr. E.____ bekräftigte ferner, dass die Chondromalazie der Trochlea nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis stehe, da diese am 24. September 2017 nicht verletzt worden sei. Es handle sich hier um eine leichte degenerative Veränderung, die sich schicksalsmässig beim Versicherten eingestellt habe. Zusammenfassend stimme er mit Dr. C.____ überein, dass die aktuellen Beschwerden des Patienten überwiegend wahrscheinlich durch den nur mässiggradigen Erguss erklärt werden können. Die Ätiologie der Ergussbildung hingegen sei noch nicht genügend abgeklärt worden. Seitens der SWICA bestehe nur dann eine Pflicht, die Kosten einer weiteren Arthroskopie zu übernehmen, wenn mittels notwendiger Vorabklärungen (Blutbild: CRP, Leukozyten; Kniegelenkspunktion mit Zellzahl-Analyse, Kristallsuche, mikrobiologische Untersuchungen) ein hochgradiger Verdacht auf das Vorliegen eines Infekts bestehe. In Bekräftigung der Beurteilung vom 14. September 2021 sei daran festzuhalten, dass der Patient bezogen auf das Unfallereignis vom 24. September 2017 keine medizinischen Behandlungen mehr brauche, ausser es lasse sich unerwartet ein Low-grade-Infekt diagnostizieren.

5.3.5 Am 21. September 2021 erfolgte die Arthroskopie (vgl. Operationsbericht der Klinik D.____ vom 21. September 2021, SWICA-act. 64). Mit Bericht vom 9. November 2021 diagnostizierte Dr. C.____ leicht vorhandene Restbeschwerden. Die präoperativen Schmerzen seien nicht mehr vorhanden. Es sei ein Aufbautraining zu empfehlen. Dabei sollte der Vastus medialis intensiv trainiert werden. In Bezug auf die ablehnende Haltung der Versicherung sei anzumerken, dass es sich beim vorliegenden Beschwerdebild klar um eine posttraumatische Verletzung resp. Veränderung handle. Sowohl die Vernarbungen, die gelöst worden seien, als auch die Knorpelschäden retropatellar resp. trochlear seien klar posttraumatisch. Die Biopsien betreffend die Bakteriologie und Histologie würden keinerlei Infektzeichen zeigen. Es sei davon auszugehen, dass die im Operationsbericht beschriebenen Rötungen durch die mechanische Reizung und die Verwachsungen infrapatellar bedingt gewesen seien.

5.3.6 Am 17. Dezember 2021 legte die Beschwerdegegnerin das Aktendossier erneut Dr. E.____ vor. Dieser nahm zu den zwischenzeitlich ergangenen Berichten, namentlich zum Operationsbericht vom 21. September 2021, sowie zur intraoperativen Fotodokumentation und den dokumentierten Biopsieentnahmen Stellung (vgl. hierzu ausführlich die Stellungnahme vom 17. Dezember 2021, SWICA-act. 88). Zusammenfassend bekräftigte er, dass anhand der neu vorliegenden Dokumente, insbesondere des Operationsberichts vom 21. September 2021, keine neuen Erkenntnisse betreffend den Zustand des linken Knies erkannt werden könnten. Die festgehaltenen Pathologien im Bereich des Patellaunterpols könnten gemäss Operationsbericht nicht

überwiegend wahrscheinlich einer posttraumatischen Pathologie zugeordnet werden. Dies sei bereits in den vorgängigen Aktenbeurteilungen ausführlich dargelegt worden. Es bestünden hingegen gemäss den neu vorgelegten Berichten und Fotodokumentationen erhebliche Divergenzen, Inkonsistenzen und Widersprüche. Exemplarisch müsse hier die Synovektomie erwähnt werden, welche lediglich in der Diagnoseliste des Operationsberichts fungiere, danach aber nicht beschrieben und auch nicht fotografisch dokumentiert worden sei. Ebenso gehöre dazu die Diskrepanz zwischen der vom Operateur als erheblich eingestuft diffusen Rötung im ganzen Gelenk und dem photographischen Nachweis einer geringfügigen Rötung lediglich in bestimmten Gebieten des Gelenkraums (infrapatellar, interkondylär). Diese nur geringfügige Rötung habe keine histologische Abbildung gefunden. Daran zu erinnern sei ferner, dass sowohl anlässlich der Erstoperation vom 5. Oktober 2017 wie auch der Folgeoperation vom 16. April 2018 ausschliesslich Pathologien im Bereich des Patellaoberpols beschrieben und saniert worden seien. Die jetzt geltend gemachten Veränderungen am Patellaunterpol könnten schon allein aufgrund dieser Tatsache nicht posttraumatisch entstanden sein. Diese Aussage werde gestützt durch ein MRI im Bereich des Patellaunterpols sowie femoropatellar vom 3. April 2018. Die in der Operation vom 21. September 2021 sanierte Pathologie im Bereich des Patellaunterpols könne degenerativ bedingt und ohne zeitlichen Bezug zum Unfallereignis genügend erklärt werden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. E.____ vom 14. und 21. September 2021 sowie 17. Dezember 2021. Demzufolge ging sie davon aus, dass die im Juli 2021 als Rückfall gemeldeten Beschwerden am linken Knie nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 24. September 2017 zurückzuführen seien.

6.2 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die Beurteilungen von Dr. E.____ erfüllen sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt (vgl. E. 4.2 hiavor). Dr. E.____ setzt sich hinreichend mit den wesentlichen medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt insgesamt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Alsdann nimmt er eine eingehende und schlüssige Beurteilung der Kausalitätsfrage vor. So legt er insbesondere nachvollziehbar dar, dass anlässlich der Erstoperation vom 5. Oktober 2017 wie auch der Folgeoperation vom 16. April 2018 ausschliesslich Pathologien am Patellaoberpol zu verzeichnen gewesen seien. Demgegenüber seien die mit Rückfall geltend gemachten Veränderungen (namentlich der deutliche Knorpelschaden im Bereich der Trochlea medial) neu am Patellaunterpol bzw. retropatellar auszumachen, was per se schon gegen eine posttraumatische Verursachung sprechen würde. Seine Aussagen stützt er insbesondere mit dem MRI-Befund vom 3. April 2018, in dessen Rahmen sich im Bereich der im Zusammenhang mit dem Rückfall erhobenen Befunde des Patellaunterpols und der Trochlea unauffällige Knorpelverhältnisse gezeigt hätten. Anhand eines Vergleichs zwischen den damaligen und den aktuellen Bildgebungen vom August 2021 bekräftigt er, dass auch aktuell keine Knochenalterationen im ehemaligen Frakturgebiet erhoben worden seien. Einleuchtend legt er dar, dass ein Infekt zwar nach jedem Kniegelenkseingriff und auch noch nach Jahren möglich sei, den Berichten von Dr. C.____ aber keinerlei Hinweise (Fieberepisoden, auffällige Blutanalysen) für eine den Kausalzusammenhang begründende Low-grade-Infektion zu entnehmen seien. Dies insbesondere auch, da der Behandler keine vorgängige Punktion mit Zellzahl-

Analyse und bakteriologischer Untersuchung erwogen habe, welche indessen das übliche diagnostische Vorgehen bei einem Verdacht auf einen entsprechenden Infekt darstelle (vgl. Stellungnahme vom 17. September 2021, S. 2). Überzeugend gelangt er zum Ergebnis, dass die neu erhobenen Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer posttraumatischen Pathologie zugeordnet werden könnten. Schliesslich kommt er unter ausführlicher Bezugnahme auf die intraoperative Fotodokumentation sowie die Biopsieentnahmen nachvollziehbar zum Schluss, dass an dieser Auffassung auch nach dem erfolgten Eingriff vom 21. September 2021 festzuhalten sei.

6.3.1 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen an den vorstehenden Ausführungen nichts zu ändern. Er stützt sich im Wesentlichen auf die Einschätzung von Dr. C.____, welcher eine Kausalität zum ursprünglichen Ereignis bejaht habe. Die Äusserungen von Dr. C.____ zur Kausalitätsfrage erschöpfen sich jedoch im Wesentlichen in der Feststellung, dass es sich bei den erhobenen Befunden um posttraumatische Verletzungen resp. Veränderungen handeln würde. Eine nachvollziehbare Begründung für diese Aussage lässt sich seinen Berichten jedoch nicht entnehmen. Genauso wenig findet eine argumentative Auseinandersetzung mit den überzeugenden Ausführungen von Dr. E.____ statt. Es wird aus den Berichten von Dr. C.____ nicht ersichtlich, inwiefern die neu erhobenen Befunde in einem Kausalzusammenhang zum ursprünglichen Ereignis stehen sollen. Den Feststellungen von Dr. C.____ lassen sich denn auch keine Hinweise entnehmen, die Zweifel an den Ausführungen des beratenden Arztes zu wecken vermöchten. Im Gegenteil hält Dr. C.____ im Nachgang an den erfolgten Eingriff vom 21. September 2021 im Einklang mit der Aktenlage fest, dass die Biopsien betreffend die Bakteriologie und Histologie keinerlei Infektzeichen gezeigt hätten. Damit bestätigt er letztlich die von Dr. E.____ bereits vor dem besagten Eingriff vertretene Auffassung, wonach es an Hinweisen für eine Low-grade-Infektion mangle. Wenn Dr. C.____ die Kausalität schliesslich wiederholt damit begründet, dass der Versicherte vor dem Unfallereignis keine Kniebeschwerden gehabt habe, ist zu erwidern, dass es sich hierbei um eine beweisrechtlich untaugliche "Post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation" handelt. Eine gesundheitliche Schädigung kann demnach nicht schon deswegen als durch einen Unfall verursacht gelten, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 E. 2b/bb).

6.3.2 Soweit der Beschwerdeführer sich ferner auf Brückensymptome berufen möchte, gilt es festzuhalten, dass zwischen dem Sprechstundenbericht vom 4. September 2018, worin der Abschluss der Behandlung festgestellt wurde, und dem Besuch bei Dr. C.____ im August 2021, anlässlich dessen eine MRI-Untersuchung angeordnet wurde, weder eine Arbeitsunfähigkeit vorlag noch eine Behandlung stattfand. Zudem fehlt es an echtzeitlichen ärztlichen Aussagen über Brückensymptome. Hinsichtlich der im MRI vom August 2021 noch nachweisbaren diskreten Vernarbung der Quadrizepssehne kommt Dr. E.____ ebenso überzeugend zum Schluss, dass diese eine Ergussbildung nicht überwiegend wahrscheinlich erklären könne (vgl. E. 5.3.2 hiavor). Dessen ungeachtet geht aus den vorstehenden Erwägungen hervor, dass andere gewichtige Umstände gegen einen Kausalzusammenhang sprechen. Nachdem es vorliegend auch an eindeutigen Brückensymptomen mangelt, hat der Beschwerdeführer letztlich die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. E. 3.2 hiavor).

7. Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. E._____ die natürliche Kausalität in Bezug auf die im Zusammenhang mit dem Rückfall erhobenen Befunde im Juli 2021 sowie eine entsprechende Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint hat. Die gegen den Einspracheentscheid vom 1. April 2022 erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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



**Kantonsgericht
Basel-Landschaft**
Abteilung Sozialversicherungsrecht