Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

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

**vom 28. August 2014 (725 14 169 / 216)**

---

**Unfallversicherung**

**Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfallereignis und geltend gemachten Beschwerden / Würdigung der vorhandenen Arztberichte**

| | |
|---|---|
| Besetzung | Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Markus Schäfer |
| Parteien | A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, 4143 Dornach<br><br>gegen<br><br>**CSS Versicherung AG**, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin |
| Betreff | Leistungen |

A. Der 1967 geborene A.____ ist seit 1. Mai 2009 als Geschäftsführer bei der B.____ GmbH angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der CSS Versicherung AG obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 28. Juni 2013 liess A.____ der CSS Versicherung AG durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden. Laut den Angaben in der "Bagatellunfall-Meldung UVG" habe sich der Versicherte am 31. Mai 2013 wegen „Umknickens, Wegknickens des Fusses beim Joggen" am rechten Knie verletzt. Am 28. Juni 2013

suchte A.____ wegen Schmerzen in diesem rechten Kniegelenk seinen Hausarzt Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, auf, der gemäss seinen Angaben im "Arztzeugnis UVG" vom 12. Juli 2013 gestützt auf ein von ihm anfangs Juli 2013 veranlasstes MRI des rechten Knies einen Meniskusschaden am Hinterhorn, eine Bakerzyste, einen Gelenkerguss und eine Bursitis anserina rechts diagnostizierte. Nach Eingang der Unfallmeldung erbrachte die CSS Versicherung AG die gesetzlichen Leistungen (Kosten der Heilbehandlung) für die Folgen dieses Unfalls. Nachdem die für die CSS Versicherung AG handelnde Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) weitere Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes vorgenommen hatte, erliess die CSS Versicherung AG gestützt auf diese Abklärungsergebnisse am 10. Januar 2014 eine Verfügung, mit welcher sie einen Leistungsanspruch des Versicherten mit der Begründung ablehnte, dass die gemeldeten Beschwerden von Anfang an nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 31. Mai 2013 zurückzuführen seien. Gleichzeitig wies die CSS Versicherung AG darauf hin, dass auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichtet werde. Daran hielt die CSS Versicherung AG auf Einsprache des Versicherten hin und nach Einholung ergänzender medizinischer Unterlagen mit Einspracheentscheid vom 8. Mai 2014 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 9. Juni 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm aus dem Unfallereignis vom 31. Mai 2013 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 26. Juni 2014 beantragte die CSS Versicherung AG die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 20. Juli 2014 gab der Beschwerdeführer einen Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädie und Sportmedizin, vom 24. Juni 2014 zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin machte mit Eingabe vom 5. August 2014 von der Möglichkeit Gebrauch, hierzu Stellung zu nehmen.

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 E.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs-

und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 9. Juni 2014 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfallereignisses vom 31. Mai 2013.

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. 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.

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 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 (BGE 129 V 181 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.1 Wie den medizinischen Akten entnommen werden kann, suchte der Versicherte am 28. Juni 2013 wegen Schmerzen im rechten Kniegelenk seinen Hausarzt Dr. C.____ auf, der gemäss seinen Angaben im “Arztzeugnis UVG“ vom 12. Juli 2013 gestützt auf ein von ihm anfangs Juli 2013 veranlasstes MRI des rechten Knies einen Meniskusschaden am Hinterhorn, eine Bakerzyste, einen Gelenkerguss und eine Bursitis anserina rechts diagnostizierte. Die Be-

schwerdegegnerin bestreitet im vorliegenden Verfahren zu Recht nicht, dass beim Versicherten im Untersuchungszeitpunkt die geschilderten gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorgelegen haben. Sie ist jedoch - im Gegensatz zum Beschwerdeführer - der Auffassung, dass diese nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das vom Versicherten am 31. Mai 2013 beim Joggen erlittene Unfallereignis zurückgeführt werden könnten. Zwischen den Parteien ist demnach einzig strittig, ob zwischen dem Unfallereignis vom 31. Mai 2013 und den beim Versicherten im Bereich des rechten Knies diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderliche natürliche Kausalzusammenhang besteht.

4.2 Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang vorab geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Unfallkausalität ursprünglich anerkannt, habe sie doch in Kenntnis des Sachverhalts Leistungen ausgerichtet, ohne diesbezüglich einen Vorbehalt anzubringen. Somit könne sie sich aber nicht zu einem späteren Zeitpunkt plötzlich darauf berufen, dass von Anfang an keine Leistungspflicht bestanden habe. Zufolge der ursprünglichen Anerkennung ihrer Leistungspflicht obliege daher der Beschwerdegegnerin der Beweis, dass es sich beim diagnostizierten Meniskusschaden nicht um eine traumatische Verletzung handeln soll.

4.3 Entgegen der von ihm vertretenen Auffassung kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass ihm die Beschwerdegegnerin während einer gewissen Zeit Leistungen in Form von Heilbehandlung ausgerichtet hat, vorliegend nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die dadurch erfolgte (faktische) Anerkennung der Leistungspflicht bedeutet nicht etwa, dass die Beschwerdegegnerin nachträglich nur unter den Voraussetzungen der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen zurückkommen darf. Wie das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) in BGE 130 V 380 ff. entschieden hat, ist es dem Unfallversicherer freigestellt, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung *ex nunc et pro futuro* ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen und den Fall abzuschliessen, wenn er nachträglich zur Auffassung gelangt, die Leistungszusprechung sei anfänglich unrichtig gewesen. Eine Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro bedeutet nämlich - so das damalige EVG - kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen. Nur wenn der Unfallversicherer diese zurückfordert, muss er den hiefür erforderlichen Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber - wie im vorliegenden Fall - nicht so weit gehen, sondern die bisher zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche - wenn materiellrechtlich begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen - der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann (BGE 130 V 384 E. 2.3.1 mit weiteren Hinweisen).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der 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 weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizini-

schen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So 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 353 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 471 E. 4.7).

6.1 Die Beschwerdegegnerin legte die medizinischen Akten am 24. Oktober 2013 dem SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vor und ersuchte ihn um Beurteilung der Frage, ob die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 31. Mai 2013 zurückzuführen seien. In seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2013 verneinte Dr. F.____ dies, wobei er sich in der Begründung seiner Einschätzung auf die beiden kurzen, stichwortartigen Bemerkungen „zu grosse zeitliche Latenz“ und „kein frischer Schaden im MRI (kein bone bruise)“ beschränkte. Nachdem die Beschwerdegegnerin den Kreisarzt im Hinblick auf den vorgesehenen Erlass einer leistungsablehnenden Verfügung um eine einlässlichere Begründung seiner Einschätzung ersucht hatte, führte Dr. F.____ mit Bericht vom 26. November 2013 aus, falls es tatsächlich durch einen Unfall zu einem Schaden im Kniegelenk gekommen sein sollte, würde man in einem MRI, welches ein Monat nach dem Ereignis angefertigt werde, „bone bruise, also ein Knochenmarksoedem“ als Reaktion auf das Trauma feststellen. Dies sei hier nicht der Fall. Man müsse also davon ausgehen, dass die Schäden im Bereich dieses Knies als Vorzustand zu werten seien und dies wahrscheinlich im Rahmen der normalen

Alterungsvorgänge. Es sei allgemein bekannt, dass Unfallschäden sofort und nicht erst mit einer Latenzzeit von vier Wochen Probleme machen würden. Somit bestehe nur ein möglicher Kausalzusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Ereignis. Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte die Beschwerdegegnerin Dr. F.____ unter Hinweis auf zwischenzeitlich erhobene Einwände des Versicherten um eine nochmalige Stellungnahme zur strittigen Kausalitätsfrage. In seiner dritten Beurteilung vom 7. April 2014 wiederholte der Kreisarzt, dass das angefertigte MRI wie meistens bei einem fast 50-jährigen Versicherten degenerative Veränderungen zeige. Diese seien hier sogar vielfältig, finde man doch eine Bakerzyste mit Gelenkserguss und eine Bursitis anserina sowie eine komplexe Schädigung im Bereich des medialen Meniskus. Es handle sich hier also um einen Mehrfachbefall. Die Bakerzyste sei unstreitig vorbestehend gewesen, eine solche stelle ja eine Reaktion auf degenerative Veränderungen dar. Solche degenerative Veränderungen würden immer wieder Gelenksergüsse auslösen und bei massiven Ergüssen suche sich das Gelenk eine Entlastung. In der Kniekehle, also dort, wo es am schwächsten sei, dehne sich diese Kapsel dann langsam aus und bilde eine Art Zipfel gegen hinten, was dann als Bakerzyste imponiere. Den Grund für die Gelenksergüsse, die sicher vorbestehend gewesen seien, habe eben diese degenerative Schädigung des Meniskus gebildet. Etwas anderes haben man ja im MRI nicht finden können, insbesondere auch keine Knorpelschäden. Im Weiteren führe, wie er bereits im Vorbericht festgehalten habe, ein relevantes Trauma mit Scherkräften und so weiter zu Reaktionen im Gelenk im Sinne von “bone bruise“. Dies sei aber hier nicht der Fall gewesen. Somit könne auch ausgesagt werden, dass der Meniskusschaden vorgängig bestanden habe und nicht durch das Unfallereignis ausgelöst oder verstärkt worden sei.

6.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 8. Mai 2014 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der vom Versicherten geltend gemachten Kniebeschwerden vollumfänglich auf die erwähnten Stellungnahmen des SUVA-Kreisarztes Dr. F.____ vom 29. Oktober 2013, 26. November 2013 und 7. April 2014. Sie ging demzufolge davon aus, dass die betreffenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 31. Mai 2013 zurückzuführen seien. Somit fehle es an dem für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

6.3 Im Zusammenhang mit der vorinstanzlichen Würdigung des medizinischen Sachverhalts ist vorab darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin zwar Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung des Beschwerdeführers ist, die Schadenerledigung im konkreten Versicherungsfall - und somit auch die Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts - erfolgt jedoch durch die SUVA. Somit sind vorliegend die Beurteilungen des SUVA-Kreisarztes Dr. F.____ im Rahmen der Beweiswürdigung wie versicherungs*interne* ärztliche Feststellungen zu behandeln. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.2 hiervor), ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergän-

zende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil S. des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2).

6.4 Vorliegend ergeben sich aus der Würdigung der Parteivorbringen und der medizinischen Akten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. So begründete Dr. F.____ die fehlende Unfallkausalität in seinen ersten beiden Stellungnahmen massgeblich mit der „zu grossen zeitliche Latenz“. Es sei allgemein bekannt, dass Unfallschäden sofort und nicht erst mit einer Latenzzeit von vier Wochen Probleme machen würden. Diese Argumentation lässt jedoch die Angaben des Versicherten ausser Acht, die dieser anlässlich der Erstbehandlung vom 28. Juni 2013 gegenüber Dr. C.____ gemacht hat. Der Versicherte beschrieb anlässlich dieser Konsultation, er habe im Nachgang zum Unfallereignis Schmerzen im rechten Kniegelenk, eine leichte Schwellung, Schmerzen nach längerem Sitzen und nach fünfzigminütigem Jogging sowie bei Seitenlagerung in der Nacht gehabt (vgl. “Angaben des Patienten“ im “Arztzeugnis UVG“ vom 12. Juli 2013). In Anbetracht dieser durchaus als glaubhaft zu betrachtenden Schilderungen des Versicherten kann aber nicht gesagt werden, dass die Unfallschäden erst vier Wochen nach dem Unfallereignis Probleme gemacht hätten. Sodann moniert der Beschwerdeführer zu Recht, dass dem Kreisarzt anlässlich seiner Beurteilungen offenbar nicht alle medizinischen Akten vorgelegen hätten, wobei er insbesondere die MRI-Bilder vom 1. Juli 2013 und den Operationsbericht vom 29. Oktober 2013 erwähnt. Dies trägt - darin ist dem Beschwerdeführer beizupflichten - durchaus zu einer gewissen Schmälerung des Beweiswertes der kreisärztlichen Einschätzung bei. Zu berücksichtigen ist sodann, dass der behandelnde Arzt Dr. D.____ eine abweichende Kausalitätsbeurteilung vornimmt, ist für ihn doch der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (vgl. dessen Schreiben vom 24. Juni 2014). Auf diese Einschätzung kann zwar nicht massgebend abgestellt werden, ist doch mit der Beschwerdegegnerin nicht gänzlich von der Hand zu weisen, dass sie ein Stück weit auf der unzulässigen Beweisformel "post hoc, ergo propter hoc" beruht, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Die Beurteilung des Dr. D.____ ist aber zumindest geeignet, einen zusätzlichen Zweifel an der Richtigkeit der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken. Schliesslich lässt sich noch der Bericht des Spitals G.____, Radiologie/Nuklearmedizin, vom 1. Juli 2013 anführen, in welchem die Möglichkeit einer traumatischen Ursache der Bursitis anserina, der Bakerzyste und des Gelenkergusses angesprochen wird. Diese Möglichkeit wird im Bericht zwar nicht weiter erörtert, der betreffende Hinweis setzt aber ein weiteres Fragezeichen hinter die Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung.

6.5 Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 6.3 hiervor) sind bereits bei *geringen* Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen hier - wie aufgezeigt - vor. Somit ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage der Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kniebeschwerden durch einen versicherungsexternen Facharzt gutachterlich abklären zu lassen haben. Anschliessend wird sie gestützt auf die Er-

gebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

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

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 6. August 2014 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,25 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 41.50. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘542.30 (9,25 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 41.50 + 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der CSS Versicherung AG vom 8. Mai 2014 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die CSS Versicherung AG zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die CSS Versicherung AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘542.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.