

**VBE.2023.285 / SW / sc**

Art. 3

**Urteil vom 9. Januar 2024**

Besetzung

Oberrichterin Peterhans, Präsidentin  
Oberrichterin Gössi  
Oberrichterin Fischer  
Gerichtsschreiberin Wietlisbach

Beschwerde-  
führer

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Anouck Zehntner, Advokatin, Rain 63, 5000 Aarau

Beschwerde-  
gegnerin

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG  
(Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Der 1986 geborene Beschwerdeführer war bei der Beschwerdegegnerin gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihm gemäss Unfallmeldung vom 10. Oktober 2022 am 26. September 2022 bei der Demontage einer Theke eine Stütze auf das rechte Knie fiel und er sich dabei die Innenseite des Knies verletzte. Infolgedessen anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen des fraglichen Ereignisses und richtete die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) aus. Nach entsprechenden Abklärungen und dem Einholen versicherungsmedizinischer Berichte schloss die Beschwerdegegnerin den Fall mit Verfügung vom 3. März 2023 per 5. Februar 2023 ab und verneinte den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen. Die gegen die Verfügung vom 3. März 2023 erhobene Einsprache wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 ab.

### **2.**

#### **2.1.**

Mit Eingabe vom 12. Juni 2023 erhob der Beschwerdeführer fristgerecht Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid und stellte folgende Anträge:

#### **"1.**

Dem Beschwerdeführer seien die versicherten Leistungen aus UVG zuzusprechen.

#### **2.**

Unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 27. Juli 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen betreffend den Unfall vom 26. September 2022 mit Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 91) zu Recht per 5. Februar 2023 eingestellt hat.

### **2.**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung 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 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_646/2019 vom 6. März 2020 E. 8).

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2). Ebenso wie der Leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 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 S. 56). Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale

Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gilt die Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität nur für Schädigungen, welche bei Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion standen. Der Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität von Beschwerden, welche im Rahmen der Leistungsanerkennung gar nicht thematisiert worden sind, trifft nicht den Unfallversicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2016 vom 4. August 2017 E. 4 in SZS 2017 S. 659).

### **3.**

#### **3.1.**

Im Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 (VB 91) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Mai 2023 (VB 88). Dieser führte aus, die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang variierten zwar, doch beschreibe der geschilderte Hergang ein Anpralltrauma bzw. in der biomechanischen Konsequenz eine direkte Gewalteinwirkung, was einer Kontusion gleichkomme. Dass es am 26. September 2022 zu einer relevant belasteten Rotation des gebeugten und passiv in Streckung gezwungenen Kniegelenkes gegen den (wie in einer Ski-Bindung) fixierten Unterschenkel gekommen sei, also ein Mechanismus gewirkt habe, der als Drehsturz eine Gewalt begründen könne, die ausschliesslich Menisken und nicht die Begleitstrukturen treffe, sei unwahrscheinlich. Ein Anpralltrauma, welches der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erlebt habe, vermöge nicht eine Zerreissung von Meniskusgewebe zu bewirken (VB 88 S. 4 f.). Der Unfall vom 26. September 2022 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien (VB 88 S. 7).

#### **3.2.**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerung des Experten begründet ist (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

Beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

### **3.3.**

Der Beschwerdeführer bringt vor, an der Schlussfolgerung der Suva-Ärzte, dass der Unfall in keinem auch nur geringen (teil-)kausalen Zusammenhang mit dem Meniskusriss stehe, würden ernsthafte Zweifel bestehen. Die von ihnen gemachten Feststellungen seien nicht begründet (Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2023; VB 46), nicht korrekt (Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2023; insbesondere im Zusammenhang mit der vermeintlichen Baker-Zyste; VB 58) oder würden sich hauptsächlich auf den vermeintlichen Unfallhergang, welchem gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung allerhöchstens untergeordnete Bedeutung zukomme, fokussieren. Im Gegensatz dazu könne den vorhandenen Akten und den fachradiologischen Beurteilungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ entnommen werden, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall nie an Kniebeschwerden gelitten habe, beim verletzten Knie eine streng umschriebene Meniskusläsion vorliege, keine umgebenden strukturellen Veränderungen vorhanden seien, aus welchen eine degenerative Meniskusläsion abgeleitet werden könne, und schliesslich auch das Alter gegen eine degenerative Genese spreche (vgl. Beschwerde S. 7).

### **3.4.**

Bezüglich des Ereignisses vom 26. September 2022 ist den Akten Folgendes zu entnehmen:

### **3.4.1.**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, erklärte mit Bericht vom 27. Januar 2023, der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Es handle sich um eine degenerative Meniskopathie bei medialer Überlastung. Nach max. 4-6 Wochen hätten die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt (vgl. VB 46 S. 1).

### **3.4.2.**

Dr. med. D. \_\_\_\_\_, praktischer Arzt, führte in seiner versicherungsinternen Beurteilung vom 24. Februar 2023 aus, die intraoperative Bilddokumentation bestätige einen degenerativ veränderten ausgewalzten Meniskus mit Lappenbildung im weissen (nicht durchbluteten) Bereich. Es seien keine Hinweise auf eine frische Verletzung ersichtlich. Bei der Durchsicht der MRI-Dokumentation bestätige sich der Befund einer komplexen Rissbildung ausgehend von einer Horizontalläsion, welche bis an die Oberfläche reiche. Weiter sehe man medial am Kniegelenk eine Weichteilschwellung, welche die initialen Angaben einer Kontusion (mit entsprechender Mitreaktion des Seitenbandapparates in Form einer geringen Signalanhebung) bestätige. Es handle sich somit nicht um Folgen einer Zerrung, sondern um eine kontusionsbedingte Signalanhebung. Für einen im Bericht des Kantonsspitals F. \_\_\_\_\_ in der Anamnese erwähnten Sturz bzw. eine Distorsion würden entsprechende Befunde im MRI fehlen. Als Hinweis auf den vorbestehenden degenerativen Befund finde sich auch eine deutliche Baker-Zyste als Folge des chronischen Reizzustandes. Unfallbedingt sei es zu einer Kontusion des linken Kniegelenks medial mit entsprechendem Nachweis im MRI und Beschwerden medial gekommen. Die im MRI vorgefundenen Befunde seien als Zufallsbefunde im Rahmen der Schmerzabklärung zu werten. Die Befunde und Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal (vgl. VB 58 S. 2 ff.).

### **3.4.2.1.**

Diesen Ausführungen widersprach Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, mit Beurteilung vom 31. März 2023. Er brachte vor, der Meniskusriss sei primär als radiäre, schräg-vertikal verlaufende Läsion charakterisiert. Die radiäre Risscharakteristik sei grundsätzlich richtungsweisend für eine unfallkausale Genese. Die flauere und geringgradige Signalerhöhung innerhalb des medialen Meniskus angrenzend an den Riss in Richtung Pars intermedia sei differentialdiagnostisch als Begleitkontusion im Rahmen des Traumas zu interpretieren, was aufgrund der direkten Nachbarschaft zum radiären Meniskusriss plausibel sei. Eine eventuelle vorbestehende mukoide Meniskusdegeneration könne nicht ausgeschlossen bzw. davon differenziert werden. Die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ins Feld geführte klassische Horizontalläsion, welche gemeinhin als degenerativ verursacht gelte und bei Patienten ab 50 Jahren auftrete, liege in dieser Form nicht vor. Weiter seien auch keine substantiellen Knorpeldegenerationen vorhanden. Der

Arthrosegrad sei als Grad 0 oder I (fragliche Veränderung) nach Kellgren-Lawrence einzustufen und somit in der Altersnorm. Daraus könne kein Argument für eine degenerative Genese der Meniskusläsion abgeleitet werden. Ausserdem liege keine Baker-Zyste vor, wie es Dr. med. D.\_\_\_\_\_ festgestellt habe. Es handle sich um eine ganglionzystische Transformation der hinteren Gelenkkapsel. Insofern sei entgegen dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ kein Hinweis auf einen vorbestehenden degenerativen Befund als Folge eines chronischen Reizzustandes vorhanden. Es gebe zwar kontroverse Diskussionen, inwieweit die Rissmorphologie bzw. –charakteristik einen Rückschluss auf die Ursache bzw. Beschwerdeursächlichkeit zulasse, aber in der radiologischen Literatur werde der vertikal verlaufende radiäre Meniskusriss nicht als degenerative Meniskusläsion, sondern weitgehend traumatologisch eingeordnet, insbesondere beim jungen Patienten. Insofern liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine unfallkausale Meniskusläsion des posteromedialen Meniskus vor (vgl. VB 81 S. 3 f.).

### **3.4.2.2.**

Diese Einschätzung stellte wiederum Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in Frage, welcher im Bericht vom 10. Mai 2023 ausführte, nach HEMPFLING würden Zusammenhangstrennungen von Meniskusgewebe einem multikausalen Geschehen entsprechen. Eine alleinige Druckbelastung bewirke keinen Meniskusriss. Für eine traumatische Entstehung eines Meniskusrisses werde in der Literatur eine Begleitverletzung des Bandapparates oder eine Fraktur gefordert. Einzig der sogenannte "Drehsturz", bei welchem das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel plötzlich passiv in die Streckung gezwungen werde, gelte als Mechanismus, der eine auf das Kniegelenk einwirkende Gewalt begründen könne, die ausschliesslich die Menisken und nicht die Begleitstrukturen treffe. Der Beschwerdeführer beschreibe den Unfallhergang nicht einheitlich. Auf dem einen Formular habe er festgehalten, beim Ausführen einer Arbeit auf dem Bau sei ihm ein Gegenstand entgegengekommen, woraufhin er gestürzt sei und das Knie gegen eine Wand geschlagen habe. Dies entspreche einem Anpralltrauma. Im Rahmen der Meldung vom 10. Oktober 2022 sei hingegen festgehalten worden, es sei ihm eine Stütze auf das rechte Knie gefallen und er habe sich an der inneren Seite des Knies verletzt. Diese Version weiche zwar von der ersten Schilderung ab, entspreche in der biomechanischen Konsequenz aber ebenfalls einer direkten Gewalteinwirkung und komme folglich einer Kontusion gleich. Dass es am 26. September 2022 zu einer relevant belasteten Rotation des gebeugten und passiv in Streckung gezwungenen Kniegelenkes gegen den fixierten Unterschenkel gekommen sei, also ein Mechanismus gewirkt habe, welcher als Drehsturz eine Gewalt hätte begründen können, die ausschliesslich die Menisken und nicht die Begleitstrukturen getroffen habe, sei unwahrscheinlich (VB 88 S. 3 ff.).

Weiter führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, in der Beurteilung der Morphologie der Läsion des innenseitigen Meniskus-Hinterhorns anhand des

Kernspintomogramms vom 4. Oktober 2022 bestehe gemäss den Akten Dissens. Seiner Meinung nach handle es sich um eine komplexe Läsion. Gemäss versicherungsmedizinischer und kniechirurgisch spezialisierter Literatur liege die Bedeutung der Kernspintomografie in der hohen Zuverlässigkeit, mit der Meniskusläsionen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen zur Darstellung gebracht und überdies intrameniskale Veränderungen erkannt würden. Dies alleine sei jedoch nicht ausreichend, um belastbare Schlussfolgerungen zu deren Ursache zu ziehen. Vor diesem Hintergrund würden bildgebende Kriterien im vorliegenden Kontext nachrangig bedeutsam erscheinen, was vor allem damit zu begründen sei, dass der beschriebene Unfallhergang nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet sei, eine isolierte Zerreissung von Menisken zu bewirken. Der Literatur sei zudem auch zu entnehmen, dass kernspintomografische Untersuchungen von beschwerdefreien Personen belegen würden, dass sich degenerative Veränderungen der Menisken auch unbemerkt entwickeln könnten. Das Kernspintomogramm vermöge folglich ein "morphologisches Substrat" zur Darstellung zu bringen, lasse "aber keinen ausreichenden Rückschluss auf dessen Ursache oder dessen Krankheitswert zu". Weiter sei festzuhalten, dass die Aussage von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, "Zwar gibt es kontroverse Diskussionen, inwieweit die Rissmorphologie bzw. –charakteristik einen Rückschluss auf die Ursache bzw. Beschwerdeursächlichkeit zulässt, aber in der radiologischen Literatur wird der vertikal verlaufende radiäre Meniskusriss nicht als degenerative Meniskusläsion, sondern weitgehend traumato-logisch eingeordnet, insbesondere beim jungen Patienten", mit den von ihm genannten Quellen nicht gestützt werden könne, insbesondere würden sich die entsprechenden Aussagen grösstenteils gar nicht auf *radiäre* Läsionen beziehen. Zudem schränke Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine traumatische Genese als "weitgehend" ein, womit eine Möglichkeit beschrieben werde, welche nicht ohne Weiteres eine überwiegende Wahrscheinlichkeit im Einzelfall erlange. Des Weiteren lasse er unbeachtet, was von den kniechirurgisch spezialisierten Orthopäden "Rupp und Mitarbeitenden" als essentiell gefordert werde: Ein definierter Mechanismus, der einzig als Drehsturz geeignet wäre, eine isolierte Zerreissung von Menisken zu bewirken (vgl. VB 88 S. 4 ff.).

In Konklusion vermöge ein Anpralltrauma, welches der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erlebt habe, nicht eine Zerreissung von Meniskusgewebe zu bewirken. Die Bildmorphologie einer Läsion lasse allenfalls Möglichkeiten deren Entstehung diskutieren. Ohne ein überwiegend wahrscheinlich ursächlich nachvollziehbar geeignetes Ereignis bleibe diese Diskussion allerdings ohne nützlichen Erkenntnisgewinn. Der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, die objektivierbar seien (vgl. VB 88 S. 7).

### 3.4.2.3.

Mit Bericht vom 31. Mai 2023 nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erneut Stellung und führte aus, wie bereits ausgeführt liege beim Beschwerdeführer ein schräg und radiär vertikal verlaufender Einriss im zentralen Segment des posteromedialen Meniskus vor, der vom Apex bis an die Spitze reiche. Eine komplexe Läsion, wie sie Dr. med. B. \_\_\_\_\_ beschreibe, umfasse vertikale und horizontale Risskomponenten, welche jedoch nicht vorliegen würden. Vielmehr handle es sich um einen unidirektionalen, oblique verlaufenden und streng umschriebenen Riss, der in der sagittalen Richtung auf zwei Schichten in unterschiedlicher Höhe getroffen worden sei. Der Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ werde somit vollumfänglich widersprochen. Dies sei relevant, da keine klassische, horizontale Risskomponente des Hinterhorns vorliege, welche im Wesentlichen als degenerative Rissform eingestuft werde. Inwieweit der radiäre Riss grundsätzlich ätiologisch als traumaassoziiert oder degenerativ bedingt einzustufen sei, werde in der Literatur kontrovers diskutiert. Dies sei dadurch bedingt, dass in vielen Zusammenstellungen unter radiären Rissen die radiäre Ablösung der hinteren Meniskuswurzel miteingeschlossen werde, welche sehr häufig ältere Patienten mit Kniearthrose betreffe, oder ältere Patienten mit Kniearthrose und einer radiären Läsion mitberücksichtigt würden. Die degenerative Läsion betreffe auch bei dieser Rissform ältere Patienten, darin seien sich die Experten einig. Radiäre Risse beim jüngeren Patienten würden traumatischen Ereignissen zugeordnet. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ gebe sich Mühe, den radiären Einriss des posteromedialen Meniskus in Richtung degenerative Meniskusläsion zu diskutieren. Die zu betrachtende Läsion müsse jedoch sehr genau definiert werden, bevor sie mit in der Literatur aufgeführten Kollektiven mit radiären Rissen verglichen werde. Vorliegend sei es eine streng umschriebene Meniskusläsion. Begleitend lasse sich keine relevante Knorpelläsion im medialen femorotibialen Gelenk finden. Genau diese wäre jedoch bei einer chronischen, radiären Meniskusläsion zu erwarten. Durch den Verlust der Meniskusspannung entstehe eine substantielle Fehlbelastung, die in kurzer Zeit zu Arthrose mit Knorpelschädigungen führe. Es würden jedoch keine umgebenden strukturellen Veränderungen vorliegen, aus denen eine degenerative Genese der Meniskusläsion abgeleitet werden könnte. Zudem betreffe die degenerative, radiäre Meniskusläsion Patienten höheren Alters und nicht einen zum Unfallzeitpunkt 36-jährigen Patienten ohne weitere Gelenkdegenerationen. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ habe betont, dass eine nur auf fachradiologische Qualifikationen und Expertise geführte Diskussion sinngemäss keinen belastbaren Rückschluss auf deren Krankheitswert erlaube. Das werde zur Kenntnis genommen, jedoch dahingehend relativiert, dass sehr wohl abgeschätzt werden könne, ob die vorliegende Läsion eine auf Degeneration oder Krankheit beruhende Ursache aufweise. Eine Abwägung der vorliegenden Befundkonstellation führe zum Schluss, dass nicht die Diagnose einer chronisch degenerativen Meniskusläsion gestellt werden könne und die Kriterien für eine vorwiegend auf Abnützung oder

Erkrankung zurückzuführende Meniskusläsion (mindestens 50%ig) nicht erfüllt seien (vgl. VB 98 S. 2 f.).

#### **3.4.2.4.**

Am 4. Juli 2023 erstattete Dr. med. B. \_\_\_\_\_ eine weitere ärztliche Beurteilung. Er führte aus, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stütze sich in seiner Beurteilung ausschliesslich auf die kernspintomographische Bildmorphologie der Läsion des Innenmeniskus, was seiner Qualifikation als Facharzt für Radiologie entspreche. Vor dem unter orthopädisch-chirurgischen Fachärztinnen und Fachärzten unstrittigen Hintergrund, dass eine traumatische Entstehung eines Meniskusrisses in der Regel gemeinsam mit Verletzungen des Bandapparates, vorzugsweise des vorderen Kreuzbandes und der Kollateralbänder, oder einer Fraktur, zum Beispiel des Schienbeinkopfes, eintrete, verblüffe die Verkehrung von Ursache und Wirkung, wenn gesagt werde, eine Argumentation zur Kausalität, die sich im Wesentlichen auf den Unfallmechanismus stütze, sei nicht mehr relevant. Das vom Beschwerdeführer beschriebene Anpralltrauma sei mit einem "Drehsturz", welcher zu einer isolierten Meniskusverletzung führen könne, nicht zu vergleichen. Ein Anpralltrauma sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet, eine isolierte Meniskusverletzung zu bewirken. Weiter bestche Dr. med. E. \_\_\_\_\_ darauf, dass "ein schräg und radiär vertikal verlaufender Einriss im zentralen Segment des posteromedialen Meniskus vor[liege], der vom Apex bis an die Spitze reicht", während die Dres. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, und H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, vom Kantonsspital Baden eine "komplexe Rissbildung des Innenmeniskushinterhornes mit longitudinalen und vertikalen Risskomponenten" beschrieben hätten. Ein Vergleich des zur Diskussion stehenden Befundes mit einem Referenzbeispiel sei bereits mit seiner letzten Beurteilung vom 9. Mai 2023 erfolgt und stütze den Befund der beiden letztgenannten Fachärztinnen. Zudem habe Dr. med. E. \_\_\_\_\_ Literatur aufgeführt, welche seine Aussagen sogar entkräfte. Unter Verweis auf weitere Publikationen würden die zitierten "Mameri und Mitarbeitenden" erklären, dass radiäre Läsionen des Innenmeniskus in typischer Weise degenerativen Ursprungs seien. Dies würden auch "Jarraya und Mitarbeitende" so festhalten. Ausserdem liste Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Arbeit von "Simonetta und Mitarbeitenden" auf, auf welche er jedoch nicht Bezug nehme. Gleichwohl sei bemerkenswert, dass die Autoren eine Beschreibung von degenerativen Komplexläsionen als Kombination verschiedener Muster liefern würden, wie sie dem fachradiologischen Befund der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2022 entspreche. Zusammenfassend könne die radiologische Bewertung, welcher Läsionstyp vorliege, nur mögliche Kausalitäten beschreiben. Hierzu herrsche unter den involvierten Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie vorliegend keine Einigkeit. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs lasse sich allein durch die Bildgebung nicht belegen. Dass der Unfallmechanismus nicht mehr relevant sei, vermöge nicht zu überzeugen. Auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme von Dr.

med. E. \_\_\_\_\_ habe der Unfall vom 26. September 2022 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien (vgl. Beilage 1 zur Vernehmlassung vom 27. Juli 2023 S. 3 ff.).

### **3.5.**

Zum einen ist festzuhalten, dass unter den involvierten Ärzten Uneinigkeit betreffend die Morphologie der Läsion besteht und sie auch die Frage, ob und inwieweit auf der Basis von fachradiologischen Qualifikationen und Expertisen beurteilt werden kann, ob die Läsion auf eine Degeneration zurückzuführen ist oder nicht, uneinheitlich beantworten. Zum anderen wird auch die Bedeutung des Unfallhergangs, welcher vom Beschwerdeführer nicht immer auf die gleiche Weise beschrieben wurde (vgl. VB 88 S. 4), nicht einheitlich gewertet. Während Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diesen in den Vordergrund stellte, gab Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als Radiologe seine Beurteilung primär anhand der Bildgebung ab (vgl. VB 81; 88; 98; Beilage 1 zur Vernehmlassung vom 27. Juli 2023). Ausserdem äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zum Arthrosegrad und zum Thema Baker-Zyste bzw. ganglionzystische Transformation der hinteren Gelenkkapsel (vgl. VB 81 S. 3) und brachte damit Argumente vor, welche aus seiner Sicht gegen eine degenerative Veränderung sprechen. Darauf ging Dr. med. B. \_\_\_\_\_ jedoch nicht näher ein und hat somit auch nicht nachvollziehbar dargelegt, ob diese Aspekte vorliegend keine Rolle spielen oder sich allenfalls doch anders darstellen könnten (vgl. VB 88). Auch in seiner zweiten Stellungnahme wies Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wieder darauf hin, dass keine umgebenden strukturellen Veränderungen vorliegen würden, aus denen eine degenerative Genese der Meniskusläsion abgeleitet werden könnte (vgl. VB 98 S. 2), wozu sich Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. Juli 2023 erneut nicht äusserte (vgl. Beilage 1 zur Vernehmlassung vom 27. Juli 2023). Es stehen folglich sich widersprechende fachärztliche Aussagen im Raum und es ist festzuhalten, dass insbesondere die Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ an der Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, auf welche sich die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 (VB 91) im Wesentlichen stützte, mindestens geringe Zweifel begründen.

#### **3.5.1.**

Zusammenfassend erweist sich der relevante medizinische Sachverhalt damit in Anbetracht der strengen Anforderungen an Beurteilungen durch versicherungsinterne medizinische Fachpersonen (vgl. E. 3.2 hiervor) sowie im Lichte der Untersuchungsmaxime als nicht rechtsgenügend erstellt. Die Sache ist daher zur ergänzenden Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100; 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Prüfung der weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b S. 264; vgl. auch Urteil 8C\_21/2012 vom 27. März 2012 E. 3.3).

**4.**

**4.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**4.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG).

**4.3.**

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 3'300.00 zu bezahlen.

---

**Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 9. Januar 2024

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

2. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Peterhans

Wietlisbach