



Fall-Nr.: UV 2013/42
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 04.04.2014
Entscheiddatum: 04.04.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 04.04.2014

Art. 6 UVG; Art. 11 UVV. Verneinung eines Rückfalls bzw. eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Verkehrsunfall mit erlittener Weichteilverletzung im Bereich des Kniegelenks und acht Jahre später gemeldeten Kniegelenksbeschwerden bei radiologisch erhobener Gonarthrose (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 4. April 2014, UV 2013/42). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2014

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei, Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 4. April 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dietmar Rudloff, Sorge 2, DE-07545 Gera,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 19__ geborene A.___ (nachfolgend: Versicherter) war seit 10. September 2001 bei der B.___ als Vorarbeiter tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 2. August 2004 als Motorradfahrer einen Verkehrsunfall erlitt. Ein auf der rechten Fahrbahn fahrendes Auto wechselte unerwartet auf die linke Fahrbahn des Versicherten und kollidierte mit diesem (Suva-act. 1, 3). Der Versicherte wurde noch am Unfalltag in die Klinik C.___ eingewiesen, wo die behandelnden Ärzte insbesondere eine ausgedehnte Weichteilverletzung im Bereich des rechten Kniegelenks mit Durchtrennung des Haut-Weichteil-Mantels an der Aussen-, Vorder- und Innenseite des rechten Beins diagnostizierten. Die Wunde wurde operativ versorgt. Aufgrund der Ausgedehntheit des Befundes kam es zu einer sekundären Haut-Fett-Gewebnekrose von ca. 8 x 10 cm Ausdehnung unmittelbar präpatellar, weshalb eine Nekrektomie durchgeführt werden musste. Im Weiteren waren verschiedene Vakuumversiegelungen planmässig notwendig. Am 7. September 2004 erfolgte schliesslich eine Spalthautplastik. Am 15. September 2004 konnte der Versicherte bei reizloser, vollständig eingeeilter Spalthautplastik mit angelegtem Verband aus der Klinik entlassen werden (Suva-act. 4, 6, 9). Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 31. Januar 2005 teilte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D.___ der Suva mit, dass der Versicherte seine Arbeit am 11. Oktober 2004 wieder zu 100% aufgenommen habe und die Behandlung am 3. Dezember 2004 abgeschlossen worden sei (Suva-act. 12, vgl. auch Suva-act. 28, 32).

A.b Am 17. Juli 2012 liess der Versicherte einen Rückfall zum Unfallereignis vom 2. August 2004 melden (Suva-act. 13). Nach Eingang eines Arzteugnisses UVG des behandelnden Arztes, Dr. med. E.___, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 20. Dezember 2012 (Suva-act. 27) und einer Besprechung mit dem Versicherten am 23.



St.Galler Gerichte

Januar 2013 (Suva-act. 32) liess die Suva die Frage der Rückfallkausalität am 21. März 2013 kreisärztlich durch Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH, beurteilen (Suva-act. 33).

A.c Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 25. März 2013, dass die Kausalität zwischen den gemeldeten Kniebeschwerden rechts und dem Unfall vom 2. August 2004 nicht sicher oder mindestens überwiegend wahrscheinlich gegeben sei. Die Suva sei demzufolge nicht leistungspflichtig (Suva-act. 50).

B.

Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 14. April 2013 erhobene Einsprache (Suva-act. 51) wies die Suva nach Rückfrage bei Dr. F.____, ob weiterhin an der Leistungsablehnung festgehalten werden könne (Suva-act. 53 f.), mit Einspracheentscheid vom 24. Mai 2013 ab (Suva-act. 56).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwalt D. Rudloff, Gera, mit Eingabe vom 24. Juni 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Am 3. Juli 2013 reichte dieser die vom Versicherungsgericht geforderte, verbesserte Beschwerdeschrift (act. G 2, G 5) und am 30. August 2013 - nach Einsicht in die Suva-Akten - eine Beschwerdeergänzung ein (act. G 8 f.). In der Beschwerde vom 24. Juni 2013 wurde beantragt, die Verfügung vom 25. März 2013 in der Gestalt des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2013, je der Beschwerdegegnerin, seien abzuändern und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer gemäss seiner Rückfallmeldung vom 17. Juli 2012 aufgrund des Verkehrsunfalls vom 2. August 2004 Versicherungsleistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). In der Beschwerdeergänzung vom 3. Juli 2013 beantragte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zum Beweis der Richtigkeit seiner Ausführungen und damit zum Beweis des Vorliegens eines Rückfalls bzw. der Kausalität der aktuellen Kniebeschwerden zur ursprünglichen Unfallverletzung die



St.Galler Gerichte

Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens durch einen Facharzt der Orthopädie und Unfallchirurgie nach Wahl des Gerichts (act. G 9).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 26. September 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2013 (act. G 11).

C.c Mit Replik vom 15. November 2013 bekräftigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seinen Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens, sollte das Versicherungsgericht die Rückfallkausalität als nicht gegeben ansehen (act. G 13). Zusammen mit der Replik legte er einen Bericht von Dr. med. G.____, Dr. med. H.____ und I.____, Gemeinschaftspraxis Radiologie/Nuklearmedizin, über eine am 4. November 2013 durchgeführte kernspintomographische (MRT-)Untersuchung des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers vor (act. G 13.1).

C.d Mit Duplik vom 29. November 2013 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 15).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die auch bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) geltende rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin.



Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und BGE 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen, BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b).

1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfall zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer,



Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 4, 79). 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 das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 119 V 337 E. 1, BGE 118 V 289 E. 1b, BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den beim Beschwerdeführer seit Frühling 2012 progredient aufgetretenen, ab Juli 2012 behandlungsbedürftigen (Suva-act. 32) und am 17. Juli 2012 gemeldeten (Suva-act. 13) belastungsabhängigen Knieschmerzen rechts (vgl. Suva-act. 27) und seinem am 2. August 2004 erlittenen Verkehrsunfall ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. F.____ vom 21. März und 15. Mai 2013 (Suva-act. 33, 54) verneint.

3.

3.1 Wie bereits in seiner Beurteilung vom 21. März 2013 (Suva-act. 33) hält Dr. F.____ auch in seiner Beurteilung vom 15. Mai 2013 (Suva-act. 54) etwas ausführlicher fest, dass beim Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. August 2004 nur eine Weichteilverletzung aufgetreten sei, die nach partieller Nekroseentwicklung mittels Spalthauttransplantation behandelt worden sei. Eine Kniebinnenschädigung sei in keinem der vorliegenden Arztberichte erwähnt oder dokumentiert. Ein reines Weichteiltrauma führe jedoch nicht zu einer Gonarthrose. Die von Dr. I.____ festgehaltene mediale Gonarthrose sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die von ihm beschriebene Varusfehlstellung zurückzuführen, welche jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Ein Rückfall sei somit nicht überwiegend wahrscheinlich.



3.2 Der Umstand, dass Dr. F.____ seine Beurteilungen ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen (vgl. dazu PVG 1996, 267 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Der Kreisarzt legt die Anamnese ("aktenmässiger Verlauf") bzw. die Ergebnisse der im konkreten Fall durchgeführten persönlichen ärztlichen Untersuchungen - die MRT-Untersuchung vom 4. November 2013 erfolgte erst nach seiner Beurteilung (act. G 13.1) - lückenlos dar. Im Weiteren beziehen sich seine Ausführungen auf die im Rahmen der Beurteilung einer Rückfallkausalität massgebenden Beurteilungskriterien, nämlich die ursprünglich gestellte Unfalldiagnose als massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden, die im Rahmen des Rückfalls erhobene Diagnose sowie das Ergebnis der radiologischen Untersuchung betreffend Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen.

3.3

3.3.1 Der Befund der MRT-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 4. November 2013 benennt eine höhergradige mediane Gonarthrose bei komplexem Riss des Innenmeniskus, eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes, eine Enthesiopathie der Patellarsehne, eine Chondrose femoropatellar sowie ein kleines Enchondrom im Bereich der Femurepiphyse bzw. distalen Metaphyse (act. G 13.1). Bei diesen Gesundheitsschäden handelt es sich zweifelsohne um klare organische, strukturelle Substrate, die grundsätzlich als Ursache der fortwährend geklagten Schmerzen im Bereich des Kniegelenks in Frage kommen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers stellt sich auf den Standpunkt, mit dem vorgenannten MRT-Befund sei belegt, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. August 2004 eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie einen Meniskusriss erlitten habe. Tatsächlich vermögen zwar beide Gesundheitsschäden ohne weiteres als Folge eines Traumas aufzutreten, doch können sie eben auch degenerative Erkrankungen darstellen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 1056 f., S. 1100). Grundsätzlich sind mithin beide Kausalitäten denkbar. Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.



3.3.2 Laut Berichten der erstbehandelnden Ärzte der Klinik C.____ vom 3. und 14. September 2004 erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. August 2004 eine ausgedehnte Weichteilverletzung im Bereich des rechten Kniegelenks (Suva-act. 4, 9). Dr. D.____ führte in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 31. Januar 2005 gleichfalls (nur) die Diagnose einer ausgedehnten Weichteilverletzung am rechten Knie mit sekundärer Haut-Fett-Gewebnekrose an (Suva-act. 12). Laut Dr. F.____ vermag ein Weichteiltrauma nicht zu einer Gonarthrose zu führen. Bei der Arthrose handelt es sich um eine degenerative Gelenkkrankheit. Als unfallkausaler Gesundheitsschaden kann sie lediglich sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung - beispielsweise nach einer schlecht verheilten intraartikulären Fraktur, geheilt ohne anatomisch exakte Reposition, aber auch nach einem Kreuzband- oder Meniskusriss - auftreten (Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 1056 ff., S. 1068, S. 1100). Laut medizinischer Literatur stellen Bänder - und damit auch das Kreuzband - Weichteile dar (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 270 f.: "Bindegewebe", S. 2254: "Weichteile"; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1967). Insofern könnte der obgenannten kreisärztlichen Schlussfolgerung nur dann uneingeschränkt gefolgt werden, wenn der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. August 2004 keinen Kreuzbandriss erlitten hätte. Im konkreten Fall umfasste die ausgedehnte Weichteilverletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keinen solchen. Auch andere Kniebinnenschädigungen erlitt der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine. Gemäss der Feststellung von Dr. F.____ - es sei in keinem der vorliegenden Arztberichte eine Kniebinnenschädigung erwähnt oder dokumentiert - ist im Bericht der Klinik C.____ vom 14. September 2004 ausdrücklich festgehalten, dass die Gelenk- und Sehnenanteile nicht verletzt gewesen seien. Auch im Rahmen der anschliessenden Hautweichteilnekrose sei das Kniegelenk selbst nicht eröffnet gewesen (Suva-act. 9). Entsprechend wird die Ruptur des vorderen Kreuzbandes im MRT-Untersuchungsbericht explizit als degenerativ bezeichnet. Eine darauf zurückzuführende Gonarthrose muss damit automatisch auch rein degenerativ bedingt sein. Von der Formulierung im MRT-Untersuchungsbericht "Gonarthrose bei komplexem Riss des Innenmeniskus" darf demzufolge kein nicht degeneratives Geschehen abgeleitet werden. Als weitere ergänzende Befunde, die eine umfassende degenerative Problematik im Bereich des Kniegelenks darstellen, schliessen sich die im



radiologischen Bericht aufgeführte degenerative Erkrankung der Chondrose sowie die Enthesiopathie, als schmerzhafte chronische Entzündung in degenerativen Veränderungen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 628, S. 854; Pschyrembel, a.a.O., S. 2042: "Tendopathie", S. 576: "Enthesiopathie"), an. Gesamthaft betrachtet, können die mit der MRT-Untersuchung sichtbar gewordenen Gesundheitsschäden deshalb nur als degenerativ bedingt eingestuft werden, weshalb nicht von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der Gonarthrose auszugehen. Die Argumentation des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - die Nichteröffnung des Kniegelenks möge seinerzeit den traumatischen Weichteilverletzungen geschuldet gewesen sein, doch mit dem MRT-Untersuchungsbericht vom 4. November 2013 (act. G 13.1) sei nun belegt, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie einen kompletten Riss des Innenmeniskus erlitten habe - vermag diese Beurteilung nicht in Frage zu stellen bzw. den Bestand einer Rückfallkausalität der am 17. Juli 2012 gemeldeten Kniegelenksbeschwerden zum Unfallereignis vom 2. August 2004 nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Unfallverletzungen bzw. traumatisch bedingte Kreuzband- und Meniskusrisse zeigen sich in der Regel unmittelbar nach dem Unfall am auffälligsten, d.h. präsentieren sich mit den entsprechenden Schmerzen und Funktionseinschränkungen und werden damit zumindest klinisch vermutet. Insofern erscheint es wenig plausibel bzw. zumindest nicht überwiegend wahrscheinlich, dass insbesondere eine solch massgebliche Verletzung wie ein kombinierter Kreuzband- und Innenmeniskusriss - trotz vorliegenden anderweitigen Weichteilverletzungen - nicht erkannt worden wäre und am 3. Dezember 2004 ohne weitere gezielte Therapie zu einem Behandlungsabschluss geführt hätte.

3.3.3 Nichts daran zu ändern vermag auch das Arzteugnis UVG von Dr. E.____ vom 20. Dezember 2012 (Suva-act. 27). Entsprechend den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 26. September 2013 (act. G 11) ist zunächst allgemein zu beachten, dass ein behandelnder Arzt eine wesentlich andere Sicht auf seinen Patienten als ein Gutachter auf eine explorierende Person hat. Der Auftrag eines behandelnden Arztes ist ein therapeutischer, er konzentriert sich auf die Behandlung und steht in einem Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten. Hingegen entsteht dadurch, dass beim Gutachter ein Behandlungsauftrag fehlt, eine grössere Distanz zum Exploranden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist daher der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte aufgrund



dieser auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen tendenziell eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2009, 8C_871/2008, E. 3.2 mit Hinweisen). Aus der Tatsache, dass Dr. E.____ die radiologisch erhobene Gonarthrose als posttraumatisch bezeichnet hat, kann sodann keine Bestätigung der Unfallkausalität abgeleitet werden (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205). Der fragliche Ausdruck sagt lediglich aus, dass gewisse Beschwerden bzw. gesundheitliche Störungen nach einem Unfall aufgetreten sind. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Im konkreten Fall ist von einem rund acht Jahre dauernden Intervall zwischen dem Unfallereignis (2. August 2004) und der Rückfallmeldung (17. Juli 2012) ohne aktenmässig dokumentierte Behandlung oder Kontrolle und mit durchgehender Arbeitsfähigkeit auf dem Bau auszugehen. Ohne solche dokumentierten Brückensymptome lässt diese mehrjährige Latenzzeit eine Rückfallkausalität als unwahrscheinlich erscheinen. Die vom Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 23. Januar 2013 geschilderten Brückensymptome (vgl. Suva-act. 32) sind nicht nachgewiesen. Die Folgen der Beweislosigkeit von Brückensymptomen wirken sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus (vgl. Erwägung 1.3). Im Übrigen ist zu wiederholen, dass unfallkausale Rupturen von Kreuzband- und Innenmeniskus eine unfallnahe, spezifische Heilbehandlung notwendig gemacht hätten. Insgesamt bestehen somit keine überzeugenden Gründe für die Annahme solcher, beim Unfall vom 2. August 2004 erlittener Kniebinnenschädigungen bzw. Folgeschäden derselben, wie sie anlässlich der MRT-Untersuchung vom 4. November 2013 (act. G 13.1) erhoben wurden. Angesichts des Gesagten kann auch der von Dr. E.____ im Arztzeugnis UVG erhobene Befund einer Varusstellung des rechten Kniegelenks nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallkausal betrachtet werden, indem die Kausalitätskette mit einer ursprünglichen Kniebinnenläsion mit der Folgeerscheinung einer Varusstellung des Kniegelenks überwiegend wahrscheinlich ausser Betracht fällt. Angesichts der mehrjährigen Latenzzeit ohne dokumentierte Brückensymptome vermag schliesslich auch die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dargestellte Kausalitätskette - massive Weichteilverletzung im



Bereich der Kniescheibe als ursprüngliche traumatische Gesundheitsschädigung/nicht vollständig wieder hergestellte Funktionalität und daraus folgend Dysbalance beider Kniegelenke/Entwicklung einer Varusstellung am rechten Kniegelenk/durch die Summe aller Faktoren Ausbildung einer posttraumatischen Gonarthrose (vgl. act. G 9, S. 3) - lediglich die Möglichkeit einer Rückfallkausalität darzutun, nicht aber deren überwiegende Wahrscheinlichkeit zu beweisen. Gegen Letztere spricht im Übrigen auch, dass die Entwicklung einer Gonarthrose infolge einer Achsenfehlstellung ein häufiger Alterungs- bzw. Degenerationsprozess ist (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1068 ff.). Selbst von Dr. E.____ wird im Zusammenhang mit der Varusstellung des Beschwerdeführers nicht auf eine traumatische Ursache hingewiesen.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich - wie von Dr. F.____ angenommen und schlüssig begründet - aufgrund der ursprünglich gestellten Unfalldiagnose, der im Rahmen des Rückfalls erhobenen Diagnosen bzw. radiologischen Untersuchungsergebnisse sowie des zeitlichen Ablaufs keine Anhaltspunkte für eine natürliche Unfallkausalität der am 17. Juli 2012 gemeldeten Kniegelenksbeschwerden ergeben. Hinsichtlich der radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden, insbesondere der Gonarthrose, ist von degenerativen Gesundheitsschäden auszugehen. Damit hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht verneint. Was den Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie betrifft, ist diesem nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von weiteren medizinischen Abklärungen respektive einem medizinischen Gutachten keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3, BGE 134 I 140 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).

4.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 5. März 2013 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des



Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.