



**Fall-Nr.:** UV 2006/80  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 01.05.2020  
**Entscheiddatum:** 24.01.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.01.2008**

**Art. 6 UVG: Unfallkausalität eines Meniskusrisses bei vorbestehendem, kongenitalem Gesundheitsschaden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2008, UV 2006/80).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Susanne Bertschler

Entscheid vom 24. Januar 2008

in Sachen

A.\_\_\_\_

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Büchi, Fürstenlandstrasse 39, 9500 Wil

und

SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Beschwerdeführerin,

gegen

G.\_\_\_\_

Beschwerdegegnerin,



vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Frey, Genferstrasse 24, 8002 Zürich,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1987 geborene A.\_\_\_\_ war Fussballer bei den B.\_\_\_\_ Football Players und dadurch beim G.\_\_\_\_ (nachfolgend: G.\_\_\_\_), obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er sich am 23. Oktober 2002 beim Fussballtraining im Zweikampf das rechte Knie verdrehte und sich eine vordere Kreuzbandruptur zuzog (act. K 1, M 1). Eine MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks im Institut für Radiologie, Zürich, vom 4. November 2002 ergab eine komplette Ruptur des vorderen Kreuzbandes mit begleitenden ödematösen Veränderungen im hinteren Anteil des lateralen Tibiaplateaus, begleitend einen mässigen Kniegelenkserguss sowie einen discoiden lateralen Meniskus mit leicht degenerativen Veränderungen im Bereich der Spitze der Pars intermedia. Ein Meniskusriss war nicht zu erkennen (act. M 2). Am 21. November 2002 wurde in der Klinik Hirslanden durch Dr. med. C.\_\_\_\_ eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks vorgenommen, worauf die Diagnosen einer vorderen Kreuzbandruptur sowie eines radiären Einrisses im Vorderhorn des diskoiden bzw. scheibenförmigen lateralen Meniskus gestellt wurden. Das gerissene vordere Kreuzband wurde mit einer Plastik ersetzt und der Riss im Aussenmeniskus durch Teilresektion behandelt. Der mediale Meniskus sowie das Hinterhorn des lateralen Meniskus waren seinerzeit als Ganzes erhalten (act. M 3). Am 19. Mai 2003 bescheinigte Dr. C.\_\_\_\_ dem Versicherten vom 30. Oktober 2002 bis 7. Mai 2003 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und bestätigte den Abschluss der Behandlung (act. M 6).

A.b Am 15. September 2004 meldete sich der Versicherte erneut bei Dr. C.\_\_\_\_. Der Arzt notierte am 20. September 2004 in der Krankengeschichte, der Versicherte habe nach der Operation vom 21. November 2002 einige Zeit Mühe mit dem rechten Kniegelenk gehabt. Postoperativ seien immer wieder leichte Reizerscheinungen aufgetreten. Aktuell verspüre der Versicherte beim Fussballspielen bei der Schussabgabe jedes Mal



## St.Galler Gerichte

einen Zwick. Als Befund vermerkte Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem eine eindeutige Schmerzangabe im lateralen Meniskusvorderhornbereich. Das MRI zeige hier eindeutig intramurale Veränderungen. Erläuternd stellte Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass es bei der Schussabgabe zu einer maximalen Kompression des lateralen Vorderhorns mit entsprechendem Schmerz komme (act. M 7b).

A.c Am 20. September 2005 konsultierte der Versicherte abermals Dr. C.\_\_\_\_. Der Arzt protokollierte am 4. Oktober 2005 in der Krankengeschichte einen Zusammenprall mit einem Gegner beim Fussballspiel, wobei sich der Versicherte das rechte Kniegelenk verdreht habe. Er habe einen heftigen Schlag, ein gewisses Klickphänomen sowie ein Nachgeben des rechten Kniegelenks mit anschliessend starken mediallyseitigen Schmerzen verspürt. Laut Akten hat sich das fragliche Unfallereignis am 27. August 2005 ereignet (act. M 12, K 14). Die am 29. September 2005 in der Klinik Hirslanden durch Dr. C.\_\_\_\_ vorgenommene Arthroskopie des rechten Kniegelenks zeigte bei intaktem Kreuzbandersatz einen Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus sowie einen nach Scheibenmeniskus-Teilresektion erneut massiv eingerissenen lateralen Meniskus. Die Verletzungen wurden sogleich operativ behoben. Am 2. Oktober 2005 wurde der Versicherte aus der Klinik entlassen (act. M 8, M 9).

A.d Mit Schreiben vom 26. Oktober 2005 nahm die G.\_\_\_\_ Bezug auf ein von der Klinik Hirslanden als Rückfall zum Unfall vom 23. Oktober 2002 gestelltes Kostengutsprachegegesuch vom 29. September 2005 für die Hospitalisation vom 29. September bis 2. Oktober 2005 (act. M 9). Die G.\_\_\_\_ lehnte das Gesuch mit der Begründung ab, der Versicherte habe am 27. August 2005 einen neuen Unfall erlitten und sei zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bei ihr versichert gewesen. Das neue Unfallereignis müsse dem zuständigen Unfallversicherer gemeldet werden (act. K 2). Im August 2005 spielte der Versicherte tatsächlich nicht mehr bei den Grashopper Football Players, sondern beim FC Winterthur Fussball, über den er jedoch mangels Vertrag nicht unfallversichert war (act. K 14). Auf Begehren von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. November 2005, die Situation nochmals zu analysieren und den Fall als Folgeschaden der ersten erheblichen Knieverletzung einzuteilen, ersuchte die G.\_\_\_\_ Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH der Chirurgie um Beantwortung der Frage, ob mindestens teilkasale Folgen des früheren Ereignisses vom 23. Oktober 2002 beständen und tatsächlich davon ausgegangen werden könne, dass das neuerliche Ereignis nicht als ursächlich



## St.Galler Gerichte

für die erneute Arthroskopie und Operation zu betrachten sei (act. K 3). Gestützt auf die darauf eingereichte Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. November 2005 (act. M 11) lehnte die G.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 18. Mai 2006 eine Leistungspflicht für den ihr im September 2005 gemeldeten Rückfall mangels Teilkausalität zwischen den ab 27. August 2005 aufgetretenen Beschwerden sowie anschliessenden Behandlungen und dem Ereignis vom 23. Oktober 2002 ab (act. K 14).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die SWICA als betroffener Krankenversicherer mit Eingabe vom 15. Juni 2006 Einsprache. Sie wies insbesondere darauf hin, dass die Meinungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ unterschiedlich seien und deshalb ein Obergutachten zu erstellen sei (act. K 16). Die G.\_\_\_\_ ersuchte daraufhin Dr. D.\_\_\_\_ um eine erneute Beurteilung der Frage, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Rückfall aus dem Ereignis vom 23. Oktober 2002 vorliege (act. K 23). Nach einer persönlichen Untersuchung des Versicherten reichte Dr. D.\_\_\_\_ am 12. Mai 2006 eine entsprechende Beurteilung ein (act. M 12), zu der wiederum Dr. C.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 29. Juni 2006 Stellung nahm (act. M 13).

B.b Mit Entscheid vom 22. August 2006 wies die G.\_\_\_\_ die Einsprache der SWICA ab.

C.

C.a Gegen diesen Entscheid erhoben A.\_\_\_\_ und die SWICA mit Eingaben vom 21. September bzw. 21. November 2006 Beschwerde. Die Beschwerdeführerin beantragte, der Einspracheentscheid vom 22. August 2006 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die rechtsseitigen Kniebeschwerden des Beschwerdeführers aufzukommen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten anzuordnen. Der Beschwerdeführer stellte sinngemäss denselben Antrag.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 6. März 2007 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Ch. Frey, Zürich, Abweisung der Beschwerden.

C.c Mit Replik und Duplik vom 30. April bzw. 21. Juni 2007 hielten die Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin unverändert an ihren Standpunkten fest. Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik.



C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Da sich die beiden Beschwerden von A.\_\_\_\_ und der SWICA gegen denselben Entscheid der Beschwerdegegnerin richten und denselben Sachverhalt betreffen, rechtfertigt es sich, die Verfahren (UV 2006/80 und UV 2006/92) zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (BGE 123 V 214 E. 1).

2.

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid sowohl die rechtlichen Voraussetzungen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung als auch die Grundsätze im Zusammenhang mit dem Vorliegen eines Rückfalls oder einer Spätfolge zutreffend dar (II. Erwägung); darauf kann verwiesen werden. Im Weiteren ist festzuhalten, dass der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist. Danach hat 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 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

3.



3.1 Am 29. September 2005 stellte die Klinik Hirslanden ein als Rückfall zum Unfall vom 23. Oktober 2002 bezeichnetes Kostengutsprache gesuch. Beim zugehörigen Grundfall vom 23. Oktober 2002 verdrehte sich der Versicherte beim Fussballtraining im Zweikampf das rechte Knie (act. K 1, M 1). Die anschliessend am 21. November 2002 in der Klinik Hirslanden durchgeführte Arthroskopie ergab eine vordere Kreuzbandruptur des rechten Kniegelenks sowie einen radiären Einriss im Vorderhorn des diskoiden bzw. scheibenförmigen lateralen Meniskus (act. M 3). Am 19. Mai 2003 bescheinigte Dr. C.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. Oktober 2002 bis 7. Mai 2003 sowie den Abschluss der Behandlung (act. M 6). Vorliegend ist mangels gegenteiliger Aussage der Beschwerdegegnerin sowie infolge augenscheinlich erfolgter Meldung des Grundfalls davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin dafür ihre Leistungspflicht anerkannt bzw. für die ärztliche Behandlung und die Arbeitsunfähigkeit die gesetzlichen Leistungen erbracht hat. Der Grundfall wurde in der Folge offensichtlich formlos abgeschlossen. Am 27. August 2005 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall beim Fussballspielen, worauf er am rechten Kniegelenk heftige medialseitige Schmerzen verspürte. Die in der Klinik Hirslanden am 29. September 2005 durchgeführte Arthroskopie des rechten Kniegelenks zeigte bei intaktem hinterem Kreuzband einen Riss im Hinterhorn des medialen Meniskus sowie einen nach Scheibenmeniskus-Teilresektion erneut massiv eingerissenen lateralen Meniskus (act. M 8, M 9). Im Zeitpunkt des Unfalls vom 27. August 2005 war der Beschwerdeführer offensichtlich nicht mehr bei der Beschwerdegegnerin unfallversichert.

3.2 Unbestritten und aufgrund der Akten (act. M 11, M 12, M 14) ausgewiesen ist, dass der am 29. September 2005 arthroskopisch nachgewiesene Einriss im Hinterhorn des medialen Meniskus eine Folge des Unfallereignisses vom 27. August 2005 darstellt. Die erneute Verletzung im Bereich des lateralen Meniskus führen die Beschwerdeführer allerdings im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin kausal auf das Unfallereignis vom 23. Oktober 2002 zurück. Auch zwischen den beiden vorgenannten Unfällen, d.h. am 15. September 2004, war jedoch eine Konsultation des Beschwerdeführers durch Dr. C.\_\_\_\_ wegen Beschwerden im rechten Kniegelenk erfolgt. Die Frage, ob bei diesem Sachverhalt in Bezug auf die erneute Verletzung im lateralen Meniskus von einem Rückfall zum Unfall vom 23. Oktober 2002 oder von einem Fortdauern des Grundfalls auszugehen ist bzw. wie es sich mit der Beweislastverteilung verhält, kann jedoch offen



gelassen werden. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen (vgl. Erwägung Ziff. 4), kann nämlich die Frage der Kausalität zwischen der Verletzung des lateralen Meniskus und dem Unfallereignis vom 23. Oktober 2002 im Rahmen des Untersuchungsverfahrens abschliessend mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden (vgl. dazu BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.

4.1 Während die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung bzw. Verneinung der strittigen Kausalität auf die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ abstellt (act. M 11, M 12, M 14), sehen die Beschwerdeführer eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ begründet. - Dr. C.\_\_\_\_ führte zunächst in seinem Schreiben vom 9. November 2005 aus, der Zusammenprall vom August 2005 mit einem Gegner sei in seinen Augen kein neues Ereignis, welches ursächlich für die fragliche Verletzung verantwortlich sei. Schon bei der Verletzung im November (recte: Oktober) 2002 sei die kritische Situation im lateralen Meniskushinterhorn beschrieben worden. Man habe dann aber die Grundsituation belassen in der Hoffnung, dass ein Grossteil dieser stossdämpfenden Meniskusanteile sich beim jungen Patienten nochmals regenerieren könnten. Unter den starken Belastungen vom Fussball mit Rotation sei leider die erhoffte Erholung des Gewebes nicht ganz eingetreten. Aus der Literatur wisse man, dass Scheibenmenisken nach Teilresektion eine relativ schlechte Langzeitprognose aufweisen würden (act. M 10). Dr. D.\_\_\_\_ stellte demgegenüber im Bericht vom 19. November 2005 (act. M 11) den erneuten Riss im lateralen Meniskus bei intramuralem Riss sowie Status nach Teilresektion wegen diskoider Verformung als Verschlimmerung des Vorzustandes dar, womit der zuständige Versicherer des Unfalls vom 27. August 2005 leistungspflichtig wäre. Im Bericht vom 12. Mai 2006 (act. M 12) führte Dr. D.\_\_\_\_ weiter aus, dass die scheibenförmige Meniskusdeformation laut medizinischer Literatur bedingt sei durch die kongenitale Verkürzung der nach Wrisberg und Humphry benannten Ligamente (Bänder). Die mit dem Hinterhorn des Aussenmeniskus verbundenen, gegenüber der Norm verkürzten Ligamente nach Wrisberg und Humphry verhinderten die normalerweise stattfindende Bewegung des Aussenmeniskus nach hinten bei der Beugung des Kniegelenks. Bei unbeweglichem Aussenmeniskus springe der äussere Femurkondylus bei der Beugung des Kniegelenks über das Hinterhorn. Oft sei dieser Vorgang begleitet von einem "Klick",



der wahrgenommen werde und hörbar sein könne. Wegen der abnormen Fixation seines Hinterhorns sei der unbewegliche Aussenmeniskus verletzlicher als ein normaler, beweglicher Meniskus. Das Ereignis vom 23. Oktober 2002 habe beim Beschwerdeführer bezüglich des scheibenförmig deformierten Aussenmeniskus einen Vorzustand getroffen. Bei der bekannten Unfallanamnese müsse angenommen werden, dass die im MRI vom 4. November 2002 dargestellten ödematösen Veränderungen im hinteren Anteil des lateralen Tibiaplateaus nicht unfallbedingt, sondern durch das Überspringen des lateralen Femurkondylus über das unbewegliche Hinterhorn des Scheibenmeniskus verursacht gewesen seien. Der radikuläre Einriss des Aussenmeniskus sei wahrscheinlich durch das unbewegliche Hinterhorn mitbedingt. Bei der am 21. November 2002 ausgeführten Teilentfernung des Scheibenmeniskus sei das Hinterhorn nicht entfernt worden. Die Ursache für weitere Verletzungen des Restmeniskus, auch bei inadäquaten Krafteinwirkungen, sei somit belassen worden. Das unbewegliche Aussenmeniskushinterhorn führe wahrscheinlich zu dem aktenkundigen "Zwick" im rechten Knie bei Schussabgaben. Beim Unfall vom 27. August 2005 habe der Beschwerdeführer wegen Schmerzen sein rechtes Knie nicht mehr belasten können. Der arthroskopisch am 29. September 2005 nachgewiesene Einriss des Aussenmeniskusrestes sei beim noch vorhandenen unbeweglichen Aussenmeniskushinterhorn teilkausal zum Ereignis vom August 2005 und teilkausal zum Vorzustand (Zustand vor dem 23. Oktober 2002). Der Vorzustand sei kongenital bedingt und habe mit dem Ereignis vom 23. Oktober 2002 keinen Zusammenhang. Die ab dem 27. August 2005 aufgetretenen Beschwerden und die nachfolgenden ärztlichen Behandlungen stünden demzufolge mit dem Ereignis vom 23. Oktober 2002 in keinem Kausalzusammenhang (act. M 12). Dr. C. \_\_\_ antwortete daraufhin mit Schreiben vom 29. Juni 2006, die detaillierten und sorgfältig gemachten Analysen von Dr. D. \_\_\_ könne er nachvollziehen und ihnen beipflichten. Er denke, dass auch die daraus gezogenen Schlüsse richtig seien, da sie sich auf gute Literaturangaben stützten. Man könne sich aber auch genau so gut vorstellen, dass durch den Unfall vom 23. Oktober 2002 der Aussenmeniskus beschädigt worden sei. Durch die Operation und die Teilresektion werde dieses Organ in den mechanischen Eigenschaften verändert. Unter grosser Belastung würde der Meniskus dann weiter einreissen und sei zu neuen Rissen prädestiniert. Aus diesem Grund sei er nach wie vor der Meinung, dass vielleicht eine zweite Expertenanalyse durchgeführt werden sollte, um die strittige Frage zu klären



(act. M 13). Dr. D.\_\_\_\_ antwortete darauf mit Schreiben vom 24. Juli 2006, die Vorstellung von Dr. C.\_\_\_\_, dass der discoide Aussenmeniskus durch den Unfall vom 23. Oktober 2002 geschädigt worden sei, könne richtig sein. Unbestritten sei, dass der Scheibenmeniskus eine erhöhte Anfälligkeit auf Rissbildung zeige. Der Scheibenmeniskus (Aussenmeniskus) habe laut Operationsbericht vom 21. November 2002 in der zentralen Fläche einen radiären Einriss aufgewiesen, der Innenmeniskus sei als "Ganzes erhalten, glatt und unauffällig" beschrieben worden. Der scheibenförmige Meniskus sei teilreseziert worden, d.h. es sei aus ihm ein dem normalen Meniskus ähnlicher Meniskus geformt worden. Die kongenital bedingte erhöhte Anfälligkeit auf Rissbildung sei dadurch reduziert und nicht erhöht worden. Belassen habe man das wahrscheinlich rigid fixierte Aussenmeniskushinterhorn. Die infolge des Ereignisses vom 27. August 2005 festgestellte komplexe Rissbildung im Aussenmeniskusrest sei möglicherweise teilkausal zu der vorbestehenden diskoiden Fehlbildung (Scheibenmeniskus), nicht aber zum Ereignis vom 23. Oktober 2002. Dr. C.\_\_\_\_ könne sich zwar eine Kausalität vorstellen, begründe jedoch seine Vorstellung nicht. Zusammenfassend sei damit festzuhalten, dass die im Anschluss an das Ereignis im August 2005 aufgetretenen Beschwerden und die nachfolgende ärztliche Behandlung in keinem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 23. Oktober 2002 stünden (act. M 14).

4.2 Aus den dargelegten medizinischen Akten ergibt sich zunächst, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls vom 23. Oktober 2002 einen Vorzustand in Form eines Scheibenmeniskus aufwies. Im Weiteren ist bekannt, dass das Vorderhorn des lateralen Meniskus des Beschwerdeführers nach dem vorgenannten Ereignis einen Riss aufwies. Eine Teilkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 23. Oktober 2002 sowie dem in Folge des Unfalls vom 27. August 2005 festgestellten Riss kommt nur dann in Frage, wenn die erste Rissbildung nicht allein auf den Vorzustand bzw. den Scheibenmeniskus zurückzuführen ist, sondern zumindest teilkausal auch auf den Unfall vom 23. Oktober 2002. Aufgrund der Aussagen von Dr. D.\_\_\_\_ sowie Dr. C.\_\_\_\_ kann eine solche Teilkausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Der nach dem Unfall vom 27. August 2005 festgestellte zweite Riss kann sodann in demselben Sinn einzig dann als teilkausal zum Unfall vom 23. Oktober 2002 betrachtet werden, wenn dieser wiederum eine Folge der (teil-)kausalen Schädigung des Unfalls vom 23. Oktober 2002 oder dessen Restfolgen



## St.Galler Gerichte

ist. Ist der zweite Riss hingegen nur (teil-)kausal zum Vorzustand, gilt es eine Unfallkausalität zu verneinen. Von dieser Sachlage geht - nach Auffassung des Gerichts zutreffenderweise - Dr. D.\_\_\_\_ aus, wobei er zusätzlich eine Teilkausalität zum Unfall vom 27. August 2005 annimmt.

4.3 Wie bereits erwähnt, wurde anlässlich der Arthroskopie vom 21. November 2002 eine Teilresektion des Scheibenmeniskus durchgeführt und auf diese Weise offensichtlich gerade auch der Riss im Aussenmeniskus behoben (vgl. dazu act. M 3). Damit ist grundsätzlich von einer Heilung der Verletzung aus dem Unfall vom 23. Oktober 2002 bzw. des Meniskusrisses auszugehen. Ein Rückfall im Sinn eines wieder Aufflackern eines vermeintlich geheilten Leidens bzw. die Kausalität eines neu festgestellten Risses zum Unfall vom 23. Oktober 2002 erscheint damit wenig wahrscheinlich. Wird ein Meniskusriss durch Teilresektion beseitigt, vermag er grundsätzlich keine Folgen mehr herbeizuführen. Zeigt sich im Anschluss an ein neues Unfallereignis abermals ein Meniskusriss, ist dieser mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der aktuellen unfallbedingten Belastung und/oder dem Vorzustand in Form des Scheibenmeniskus oder einer Degeneration zuzuschreiben. Dass er eine Verschlimmerung eines vorbestehenden bzw. belassenen unfallkausalen Meniskusrisses darstellen würde, ist mit Blick auf die vorherigen Erwägungen unwahrscheinlich und wird auch von Dr. C.\_\_\_\_ in keiner Weise geltend gemacht. Wie von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellt, kann sich Dr. C.\_\_\_\_ zwar eine Kausalität vorstellen. Seine Schreiben enthalten indessen keinerlei Aussagen, von welchen sich eine Kausalität zwischen dem Unfall vom 23. Oktober 2002 bzw. dessen Folge und dem lateralen Meniskusriss, der nach dem Ereignis vom 27. August 2005 zu Beschwerden führte und operativ beseitigt werden musste, ableiten liesse. Im obgenannten Sinn ist vielmehr davon auszugehen, dass sich am 27. August 2005 eine dem 23. Oktober 2002 entsprechende Situation (Meniskusriss teilkausal zum Vorzustand sowie zum Unfall vom 27. August 2005) eingestellt hat. Selbst Dr. C.\_\_\_\_ argumentiert eigentlich nur mit dem Vorzustand in Form des Scheibenmeniskus. Dieser wurde zwar teilreseziert, d.h. es wurde aus ihm ein dem normalen Meniskus ähnlicher Meniskus geformt. Laut Dr. D.\_\_\_\_ wurde jedoch damit die Anfälligkeit auf Rissbildung fortan nicht gänzlich ausgeschlossen, sondern lediglich reduziert. Insofern widerspricht seine Kausalitätsbeurteilung unter anderem auch nicht dem Umstand, dass er den nach dem Unfall vom 27. August 2005 festgestellten Meniskusriss als teilkausal zur



vorbestehenden diskoiden Fehlstellung einstuft. Durch seine Aussagen, Scheibenmenisken nach Teilresektion würden eine relativ schlechte Langzeitprognose aufweisen, durch die Operation und die Teilresektion des Aussenmeniskus werde dieses Organ in den mechanischen Eigenschaften verändert und unter grosser Belastung reisse dann der Meniskus weiter ein und sei zu neuen Rissen prädestiniert, wird dies gerade untermauert. Beim Beschwerdeführer spielte gerade die hierbei ungünstige unfallfremde Situation mit, dass er - wie auch von Dr. C. \_\_\_ bemerkt - nach der Teilresektion durch den Fussball fortdauernd Belastungen mit Rotation unterworfen war. Im Fall des Beschwerdeführers trat nun trotz Teilresektion ein neuer Meniskusriss auf. Hinzu kommt, dass man im Rahmen der Operation vom 21. November 2002 die Situation im Bereich des lateralen Meniskushinterhorns belassen hat, obwohl dadurch gemäss Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ nach wie vor eine erhöhte Verletzlichkeit gegenüber einem normal beweglichen Meniskus - offenbar auch im Bereich des lateralen Meniskusvorderhorns - bestand. Dr. D. \_\_\_ legt ausführlich die negative Wirkung eines mit einem Scheibenmeniskus verbundenen unbeweglichen Aussenmeniskushinterhorns dar. Auch in diesem Sinn geht der Arzt nachvollziehbarerweise nur von einer Kausalität zwischen dem Vorzustand sowie dem nach dem Unfallereignis vom 27. August 2005 festgestellten Meniskusriss ohne Beteiligung des Unfallereignisses vom 23. Oktober 2002 aus. Der vor dem Ereignis vom 27. August 2005 aufgetretene aktenkundige "Zwick" im rechten Knie bei der Schussabgabe ist gemäss Dr. D. \_\_\_ ebenfalls auf das unbewegliche Aussenmeniskushinterhorn zurückzuführen bzw. stellt keine Restfolge des Unfallereignisses vom 23. Oktober 2002 dar. Die Aussage von Dr. C. \_\_\_, bei der Schussabgabe komme es zu einer maximalen Kompression des lateralen Vorderhorns mit entsprechendem Schmerz steht damit in keinem Widerspruch. Abgesehen davon ist das "Zwicken" erst zwei Jahre nach dem Unfall vom 23. Oktober 2002 aktenkundig. Während einer solchen Zeitdauer kann sich vom degenerativen Standpunkt aus viel entwickeln, was ganz allgemein gegen eine unfallkausale Komponente spricht. So zeigten sich denn auch beim Beschwerdeführer anlässlich einer im September 2004 durchgeführten MRI-Untersuchung eindeutige intramurale Veränderungen am lateralen Meniskusvorderhorn.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die obigen Erwägungen allesamt einen Zusammenhang mit dem Vorzustand des Scheibenmeniskus, jedoch nicht mit dem



Unfall vom 23. Oktober 2002 aufzeigen. Die entsprechende Kausalitätsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ sowie die dazu angeführten medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind ausführlich begründet und nachvollziehbar (vgl. dazu BGE 125 V 353 E. 3a). Das Gleiche wird im Übrigen auch von Dr. C.\_\_\_\_ anerkannt. Er bestätigt sogar die Richtigkeit der von Dr. D.\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse, betrachtet aber die gegenteilige Beurteilung als ebenso vorstellbar. Diese Feststellung genügt indessen dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht (vgl. dazu BGE 129 V 181, 119 V 338 und 118 V 289). Die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ beruht auf einer Würdigung der vorhandenen Akten sowie auf einer zusätzlichen persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers. Es bestehen keine Anhaltspunkte, welche begründete Zweifel an ihr aufkommen lassen würden. Dementsprechend kann ohne weiteres auf seine Beurteilung bezüglich der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 23. Oktober 2002 und den ab dem Unfallereignis vom 27. August 2005 aufgetretenen Beschwerden und die nachfolgende ärztliche Behandlung abgestellt werden. In Anbetracht des vorliegenden Beweisergebnisses braucht kein Obergutachten eingeholt werden, da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, die an der klaren Beweislage noch etwas zu ändern vermöchten (antizipierte Beweiswürdigung: Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. Aufl. Zürich 1998, S. 39, Rz 111, und S. 117, Rz 320; Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. Bern 1983, S. 274). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang muss unter diesen Umständen nicht mehr geprüft werden.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen sind die Beschwerden gegen den Einspracheentscheid vom 22. August 2006 abzuweisen. Kosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:



## St.Galler Gerichte

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.