



**Fall-Nr.:** UV 2009/18  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.04.2020  
**Entscheiddatum:** 16.02.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.02.2010**

**Art. 6 UVG: Verneinung der natürlichen Kausalität zwischen Unfallereignis bzw. Kniekontusion und einer Varusgonarthrose mit vorausgegangener Menishektomie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2010, UV 2009/18).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 16. Februar 2010

in Sachen

KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, Postfach 8624, 3001 Bern,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

und

B.\_\_\_\_,

Beigeladene,



betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1951 geborene B.\_\_\_\_ war arbeitslos und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) versichert, als sie am 30. Juli 2006 als Beifahrerin auf einem Motorrad einen Verkehrsunfall erlitt bzw. vom Motorrad stürzte (Suva-act. 1, 24). Dr. med. A.\_\_\_\_ bestätigte im Arztzeugnis vom 26. Oktober 2006 eine Erstbehandlung am 30. Juli 2006 und diagnostizierte nach Röntgenuntersuchungen des linken Knie- und Handgelenks ohne Hinweise auf Frakturen Hautschäden sowie eine Kontusion des linken Knies und linken Handgelenks. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Suva-act. 2). Die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, stellte bei ihrer Nachkontrolle vom 7. August 2006 eine starke Rückläufigkeit der durch den Unfall verursachten Beschwerden, aber eine immer noch deutliche Sichtbarkeit der Kontusionsmarken fest und schrieb im Arztbericht vom 8. August 2006, dass aus der Schwellung oberhalb des Knies 10 ml einer blutig-serösen Flüssigkeit abpunktiert werden konnte. Weitere Nachkontrollen seien vorgesehen. Sie diagnostizierte Kontusionen des Vorfusses rechts und beider Knie, eine postkontusionelle Bursitis suprapatellaris links sowie eine HWS-Kontusion. Schliesslich bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ seit dem Unfalltag bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 3). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 30. Juli 2006 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

A.b Wegen anhaltender Kniegelenksbeschwerden links - Anlaufschmerzen, Schmerzen unter Belastung, rezidivierende Schwellungszustände - wurde am 20. September 2007 durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt medizinische Radiologie FMH, eine MRI-Untersuchung durchgeführt. Diese zeigte eine mediale Meniskusruptur im Hinterhorn und Mitteldrittel sowie eine Chondropathie femoropatellär und im medialen Kompartiment Grad II (Suva-act. 10, 14). Am 5. Oktober 2007 erfolgte durch die Arbeitslosenkasse eine als Rückfall zum Unfall vom 30. Juli 2006 bezeichnete



## St.Galler Gerichte

Schadens-meldung (Suva-act. 9). Am 22. Oktober 2007 wurde in der Klinik Stephanshorn, St. Gallen, eine Arthroskopie des linken Knies durchgeführt. Der operierende Arzt, Dr. med. E.\_\_\_, diagnostizierte eine Arthralgie mit medialer und lateraler Meniskusläsion sowie eine Chondrokalzinose, worauf er eine mediale Teilmeniskektomie und Teilmeniskektomie des lateralen Hinterhorns vornahm (Suva-act. 10). Nachdem sich der Kreisarzt der Suva am 10. Januar 2008 für eine Kausalität der persistierenden Beschwerden zum Unfall vom 30. Juli 2006 ausgesprochen hatte (Suva-act. 16), erbrachte die Suva wiederum die gesetzlichen Leistungen.

A.c Am 2. September 2008 meldete die F.\_\_\_ bei der die Versicherte seit 1. September 2007 als Telefonistin angestellt war, erneut einen als Rückfall bezeichneten Schaden (Suva-act. 19). Die Versicherte hatte infolge fortdauernder Anlaufschmerzen, Schmerzen nach längerem Sitzen und Belastungsschmerzen am 17. April 2008 Dr. E.\_\_\_ konsultiert. Dieser hatte nach einer Röntgenuntersuchung eine Varusgonarthrose links bei/mit Status nach medialer Teilmeniskektomie und partieller Resektion des lateralen Hinterhorns diagnostiziert und der Versicherten deswegen die Implantation einer unikondylären Prothese empfohlen (Suva-act. 22). Am 25. September 2008 gab Dr. C.\_\_\_ gegenüber der Suva Auskunft über den Gesundheitsverlauf der Versicherten vor ihrem Unfall vom 30. Juli 2006 (Suva-act. 29).

A.d Nach Einholung einer Stellungnahme bei Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. med. G.\_\_\_ (Suva-act. 29.1) eröffnete die Suva der Versicherten mit Verfügung vom 8. Oktober 2008, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 30. Juli 2006 bestehe. Die Beschwerden seien vielmehr auf den Vorzustand vor dem Unfall zurückzuführen. Die Suva sei demzufolge für die vorgesehene Knie-Teilprothese nicht leistungspflichtig (Suva-act. 31).

A.e Am 20. Oktober 2008 führte Dr. E.\_\_\_ bei der Versicherten die Implantation einer medialen unikondylären Kniegelenksprothese durch (Suva-act. 32).

B.



## St.Galler Gerichte

Mit Eingabe vom 7. November 2008 erhob der Krankenversicherer von B.\_\_\_\_, die KPT Krankenkasse AG (nachfolgend: KPT), gegen die Verfügung der Suva vom 8. Oktober 2008 Einsprache (Suva-act. 33). Mit Einspracheentscheid vom 13. Januar 2009 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 41) ab.

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die KPT mit Eingabe vom 13. Februar 2009 und unter Beilage einer Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2009 Beschwerde. Darin wird beantragt, der Einspracheentscheid vom 13. Januar 2009 sei aufzuheben. Die persistierenden Beschwerden der Versicherten seien als Folge des Unfallereignisses vom 30. Juli 2006 zu qualifizieren und die Behandlungskosten seien von der Suva zu übernehmen.

C.b Die vom Gericht zum Verfahren beigelegene Versicherte hat von der ihr eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme keinen Gebrauch gemacht.

C.c Am 5. Mai 2009 erstellten Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, spez. Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, eine interne Stellungnahme betreffend der Unfallkausalität der am 22. Oktober 2007 operativ behandelten Schäden am linken Knie sowie der seit April 2008 dokumentierten Knieprobleme links bzw. der Varusgonarthrose am linken Knie, welche den operativen Eingriff vom 20. Oktober 2008 nach sich gezogen hatte (Suva-act. 42).

C.d In der Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik.

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 Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zutreffend dar. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltende Voraussetzung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Zu ergänzen ist, dass die Beschwerdegegnerin sodann nur für jene Folgen haftet, die mit dem Unfall ausserdem adäquat kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14, 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis nach dem natürlichen bzw. gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Erfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 129 V 181 E. 3.2, BGE 117 V 359). Während es Aufgabe des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren eingeholt hat, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3bb/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ am 5. Mai 2009 (Suva-act. 42) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).



1.3 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).

1.4 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine leistungsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei



Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen) und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend.

1.5 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 (vgl. BGE 130 I 183 f. E. 3.2, BGE 125 V 195 E. 2 und BGE 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen). 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 unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt. Selbstverständlich greift die obgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

2.

2.1 Die Versicherte erlitt am 30. Juli 2006 eine Kniekontusion links. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für dieses unbestrittenermassen als Unfall geltende Grundereignis anerkannt und ist für die notwendigen Heilbehandlungen sowie die Arbeitsunfähigkeit aufgekommen. Offensichtlich infolge Behandlungsabschluss und Wiedererlangung einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit - laut Angabe in der Schadenmeldung vom 2. Oktober 2006 bestand ab 20. September 2006 wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit und gemäss telefonischer Mitteilung der Versicherten vom 5. Oktober 2006 konnte die Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ in der



Zwischenzeit abgeschlossen werden (Suva-act. 6) - wurden die Versicherungsleistungen eingestellt. Aus den Akten ist jedoch nicht ersichtlich, dass diesbezüglich eine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) oder eine schriftliche Verfügung ergangen ist (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurde damit kein rechtskonformer Abschluss des Grundfalls vorgenommen (vgl. BGE 132 V 412 und BGE 134 V 145). Am 5. Oktober 2007 erfolgte eine weitere Schadenmeldung durch die Arbeitslosenkasse unter Hinweis auf das Unfallereignis vom 30. Juli 2006. Eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 20. September 2007 hatte eine mediale Meniskusruptur im Hinterhorn und Mitteldrittel gezeigt, worauf am 22. Oktober 2007 von Dr. E.\_\_\_\_ arthroskopisch eine mediale Teilmeniskektomie sowie eine Teilmeniskektomie des lateralen Hinterhorns durchgeführt wurde (Suva-act. 10, 14). Die Beschwerdegegnerin anerkannte erneut ihre Leistungspflicht. Am 5. November 2007 nahm die Versicherte ihre Tätigkeit als Telefonistin, die sie seit 1. September 2007 inne hatte, wieder zu 100% auf (Suva-act. 11, 12). Offensichtlich hat auch hinsichtlich dieses Schadenfalls ein Behandlungsabschluss stattgefunden (Suva-act. 18) und der Fall wurde dementsprechend erneut formlos abgeschlossen. Am 25. April 2008 konsultierte die Versicherte wegen verschiedener Beschwerden im linken Knie erneut Dr. E.\_\_\_\_. Dieser diagnostizierte die Varusgonarthrose links (Suva-act. 22), welche letztlich zur Operation vom 20. Oktober 2008 bzw. zur Implantation der unikondylären Teilprothese führte (Suva-act. 32). Die entsprechende Schadenmeldung durch die Arbeitgeberin der Versicherten erfolgte am 2. September 2008 (Suva-act. 19).

2.2 Die eben dargelegte Sachlage spricht angesichts des Fehlers eines rechtskräftigen Fallabschlusses sowie der Zeitdauer von rund einem Jahr zwischen der ersten und der zweiten Schadenmeldung für einen fortdauernden Grundfall. Von der Wiederaufnahme der Arbeit nach der zweiten Schadenmeldung weg bis zur erneuten Konsultation von Dr. E.\_\_\_\_ sind nur knapp sechs Monate vergangen (vgl. dazu Franz Schlauri, Grundstrukturen des nicht streitigen Verwaltungsverfahrens in der Sozialversicherung in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1996, S. 57) und gemäss Verfügungswortlaut vom 8. Oktober 2008 (Suva-act. 31) betrachtete offensichtlich auch die Beschwerdegegnerin die Schadenmeldung vom 2. September 2008 als Rückfallmeldung. Wie es sich



letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich tatsächlich als unmöglich erweist, in Ausübung des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Erwägung 1.5), was vorliegend – wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zutrifft.

3.

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die am 2. September 2008 gemeldeten Kniebeschwerden bzw. die Varusgonarthrose links mit nachfolgender Implantation einer unikondylären Prothese zu Lasten der Unfallversicherung gehen, bzw. ob zwischen dem Unfallereignis vom 30. Juli 2006 und den erneut gemeldeten Kniebeschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2009 verneint (Suva-act. 42). Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, aufgrund der Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2009 sei von einer Unfallkausalität auszugehen. Im Folgenden sind deshalb die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen zu würdigen.

3.2 Einig sind sich Dr. I.\_\_\_\_, Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ darin, dass zwischen der Menishektomie und der Varusgonarthrose mit nachfolgender Implantation einer Knieprothese links ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. So legen Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ dar, dass die im Zusammenhang mit der zweiten Rückfallmeldung erstellte Röntgenaufnahme vom 17. April 2008 im Vergleich zur vorangegangenen Aufnahme ein Voranschreiten der Arthrose auf der Innenseite des Kniegelenks zeige. Aufgrund dieses Befunds und der geklagten Beschwerden sei die Indikation zu einer Implantation einer Knieprothese gestellt worden. Definitionsgemäss könne nach einer Menishektomie ein Status quo ante respektive ein Status quo sine nicht mehr erreicht werden. In diesem Sinn stelle eine Menishektomie im Hinblick auf eine vorbestehende Arthrose des Kniegelenks eine richtunggebende Veränderung dar. Versicherungsmedizinisch sei somit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der



ersten Operation, der Teilentfernung des Meniskus innen und aussen, und der zweiten Operation, der Implantation einer unikondylären Kniegelenksprothese, als gegeben zu beurteilen. Damit übereinstimmend hält Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass die Teilmeniskektomie für sich allein naturgemäss aus statisch-funktionellen Gründen zu Folgeproblemen bzw. zusätzlich zur Verschlimmerung der Arthrose führe, weswegen ein Jahr später die Knie-Teil-Prothese eingesetzt werden musste. Zu den nach dem arthroskopischen Eingriff aufgetretenen Kniebeschwerden hält Dr. H.\_\_\_\_ sodann fest, dass nach dem Eingriff ohnehin der weitere Verlauf abzuwarten und zu beobachten sei und zwar sicherlich über den Zeitraum eines Jahres hinweg. Naturgemäss bedürfe es postoperativ eines entsprechenden Zeitraums für die angestrebte Abheilung, die Durchführung von Verlaufskontrollen und die Vornahme weiterer therapeutischer Massnahmen (evtl. mit Medikamenten, Physiotherapie, aufbauendem Training von Beweglichkeit, Kraft und Belastbarkeit nach der anfänglichen Schonphase etc.). Angesichts dieser ärztlichen Äusserungen bzw. schlüssigen Ergänzungen von Dr. H.\_\_\_\_ ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451) von einer natürlichen Kausalität zwischen der Meniskektomie und der Varusgonarthrose mit nachfolgender Implantation einer medialen Knieprothese links oder allgemein den nach der Meniskektomie aufgetretenen Kniebeschwerden auszugehen (vgl. dazu auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 1057, S. 1068).

3.3 Angesichts der Schlussfolgerung von Erwägung 3.2 kann mithin von der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 30. Juli 2006 und der Varusgonarthrose insbesondere dann ausgegangen werden, wenn auch zwischen dem streitigen Unfallereignis und der am 22. Oktober 2007 durchgeführten Meniskusoperation ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Insgesamt stellt sich die Frage, inwieweit die operativ behandelten Gesundheitsschäden durch den Unfall bzw. die Kontusion vom 30. Juli 2006 verursacht wurden oder inwieweit der Unfall bzw. die Kontusion auf sie eingewirkt hat. Beim Unfall als Auslösefaktor interessiert im Weiteren die Frage, ob der Beschwerdeschub noch andauert bzw. bis zu welchem Zeitpunkt er andauert hat, d.h. die Frage nach dem Erreichen des Status quo sine bzw. ante (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192).

3.4



3.4.1 Aktenmässig erstellt und unbestritten ist, dass die Versicherte durch den streitigen Unfall keine Frakturen im linken Knie erlitten hat (Suva-act. 2, 3). Eine strukturelle Gesundheitsschädigung ist indessen in der Meniskusruptur zu sehen, wobei es zu beachten gilt, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Meniskuläsionen können aber auch als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1056 f.). 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.

3.4.2 Laut Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ ist die am 22. Oktober 2007 operativ therapierte Meniskuläsion auf eine Degeneration zurückzuführen. In ihrer Beurteilung nehmen die beiden Ärzte zunächst Bezug auf die ärztlichen Untersuchungsergebnisse anlässlich des Grundfalls. Als Diagnose des erstbehandelnden Arztes sei eine Kontusion des linken Kniegelenks dokumentiert. Im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. August 2006 bleibe offen, wo am Körper sich die Kontusionsmarken befunden hätten. Auch der Ort der Punktion der Schwellung sei nicht genau beschrieben. Aus der ärztlichen Angabe, dass eine postkontusionelle Bursitis suprapatellaris bestanden habe, sei jedoch zu schliessen, dass Dr. C.\_\_\_\_ diesen Schleimbeutel punktiert habe, und mithin keine Kniegelenkspunktion vorgenommen worden sei. Insgesamt sei der klinische Befund dergestalt gewesen, dass Dr. C.\_\_\_\_ keine weiteren Nachkontrollen für erforderlich hielt. Spätestens am 5. Oktober 2006, d.h. weniger als zehn Wochen nach dem Unfallereignis, sei die ärztliche Behandlung abgeschlossen gewesen und ab dem 20. September 2006 habe wieder volle Arbeitsfähigkeit bestanden. In Anbetracht dieser Dokumentation sei davon auszugehen, dass die Versicherte tatsächlich eine Kontusion bzw. Prellung des Kniegelenks erlitten habe. Dass eine Distorsion, d.h. eine Verdrehung oder eine das physiologische Mass übersteigende Bewegung im Kniegelenk stattgefunden habe, sei in den Unterlagen nicht dokumentiert. Die Kontusion eines Kniegelenks sei im Gegensatz zu einer Distorsion nicht geeignet, eine Verletzung eines Meniskus zu verursachen. In seiner Darstellung des arthroskopischen Lokalbefunds an Innen- und Aussenmeniskus beschreibe Dr. E.\_\_\_\_ sodann degenerative Veränderungen der Menisken. Insbesondere eine komplexe Schädigung mit Horizontal- und Radiärrissen sei als Hinweis auf eine degenerative Ursache zu interpretieren.



Demgegenüber würden einfach und vertikal verlaufende Rissformen meist bei der traumatischen Läsion auftreten.

3.4.3 Die Folgerung von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ eines rein degenerativen Prozesses ohne Erwägung einer zusätzlichen kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 30. Juli 2006 basiert auf Beurteilungskriterien für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion, d.h. dem Unfallmechanismus, der Unfalldiagnose, dem Bestehen von Vorzuständen sowie der Verlaufsrichtung der Risse. Die Feststellung, Dr. C.\_\_\_\_ habe keine weiteren Nachkontrollen für erforderlich gehalten (vgl. Suva-act. 3), entspricht zwar nicht der Aussage im Arztzeugnis vom 8. August 2006, allerdings sind in den Akten keine weiteren Nachkontrollen durch Dr. C.\_\_\_\_ dokumentiert. Entscheidend ist jedoch vor allem, dass sich bei der Versicherten bereits vor dem Unfall in den Kniegelenken degenerative Veränderungen zeigten. Im Jahr 1999 fand sich radiologisch zunächst eine beginnende mediale Gonarthrose. Ein Röntgenbild vom 26. November 2002 zeigte hierauf zusätzlich eine Chondrokalzinose (Suva-act. 29). Genauso wie die Knorpelfläche eines Gelenks sich im Laufe der Zeit degenerativ verändert, verschleissen auch die Menisken. Unter Last wird das Meniskusgewebe ausgewalzt, wird immer dünner, bis es schliesslich zerreisst. Diese Veränderungen werden zusammenfassend als Meniskopathie bezeichnet und sind Teil des Geschehens bei der Entwicklung einer Arthrose. Die Arthrose ist das Endstadium aller Gelenkschäden (vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Meniskus\\_\(Anatomie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Meniskus_(Anatomie)), Abfrage vom 11. Januar 2010; Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 1068). Bei der Chondrokalzinose handelt es sich sodann um einen krankhaften Zustand in Form von Kalkeinlagerung im Meniskus (vgl. Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 325; Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 581, S. 594). Die dadurch verminderte Belastbarkeit des Gelenkknorpels kann ebenfalls in eine Arthrose münden (vgl. Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Arthrose>, Abfrage vom 11. Januar 2010). Die in Bezug auf das linke Kniegelenk dargelegte Anamnese entspricht damit einem nachvollziehbaren Ablauf eines degenerativen Verschleissprozesses, der gegen eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Meniskusläsion spricht.

3.4.4 Schliesslich lässt auch der zeitliche Ablauf als massgebende Grundlage für eine Kausalitätsbeurteilung die natürliche Kausalität zwischen der Meniskusläsion und dem Unfallereignis vom 30. Juli 2006 als unwahrscheinlich erscheinen. Die Klinik einer



Meniskusläsion ist sehr kennzeichnend (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1204; Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1058). Im Rahmen der echtzeitlichen Untersuchungen ergaben sich jedoch offensichtlich keine Hinweise auf eine solche (Suva-act. 2, 3). Eine Meniskusläsion wurde in den medizinischen Akten erstmals im September 2007 und damit rund ein Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis diagnostiziert. In diesem Zeitpunkt war die Kniekontusion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit geheilt (vgl. Erwägung 3.6), womit eine darauf zurückzuführende Meniskusläsion auch unter diesem Gesichtspunkt nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint. Dies umso weniger, als Meniskusläsionen, wie bereits erwähnt, häufig degenerativ bedingt sind und im Körper eines Menschen innerhalb eines Jahres durchaus ein massgebender degenerativer Prozess stattfinden kann.

3.4.5 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass eine überwiegend wahrscheinliche (teil-)kausale Bedeutung des Unfallereignisses für die Meniskusläsion im Sinn einer durch den Unfall klar ausgewiesenen neuen, bleibenden strukturellen Gesundheitsschädigung nicht nachgewiesen ist.

3.5 Ebenso überzeugend legen Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ gestützt auf die radiologische Anamnese des linken Kniegelenks dar, dass eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustands - der Varusgonarthrose - ausgeschlossen werden könne. Die Röntgenaufnahme des Kniegelenks vom Unfalltag sowie diejenige vom 14. September 2007 - rund einen Monat vor der Meniskusoperation - liessen kein nennenswertes, über das normale Mass hinausgehendes Voranschreiten der Kniegelenksarthrose erkennen. Residuen einer knöchernen oder ligamentären Verletzung, welche auf der Aufnahme vom Unfalltag möglicherweise noch nicht erkennbar hätten sein können, seien nicht zu finden. Dass das Unfallereignis zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der bereits im Unfallzeitpunkt vorbestehenden Gonarthrose links geführt habe, lasse sich somit röntgenologisch nicht belegen. Die Chondrokalzinose im Innen- und Aussenmeniskus sei grundsätzlich krankhafter Natur und prädisponiere zur Gonarthrose. Selbst eine Zunahme der Chondrokalzinose - wenn sie denn aufgetreten wäre - könnte nicht als Indiz für eine richtunggebende Verschlimmerung betrachtet werden.



3.6 Unbestritten ist, dass die Versicherte beim Unfall vom 30. Juli 2006 eine Kniekontusion mit entsprechender Symptombildung - Schmerzen, Kontusionsmarken, Bursitis suprapatellaris, Hautschäden - und möglicherweise eine vorübergehende Verschlechterung des Vorzustands erlitten hat. Es ist jedoch eine medizinische Erfahrungstatsache, dass harmlose Traumen mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Gelenke und Knochen, wie beispielsweise Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Schmerzen gänzlich zurückbilden. Die medizinischen Akten des Grundfalls lassen auf einen entsprechenden vorübergehenden, im Zeitpunkt der Menishektomie vom 22. Oktober 2007 abgeschlossenen Heilungsprozess schliessen. Nach dem Behandlungsabschluss längstens zehn Wochen nach dem Unfallereignis (Suva-act. 6) und der Wiedererreichung der 100%-igen Arbeitsfähigkeit im September 2006 (Suva-act. 3) ist in den Akten eine nächste ärztliche Konsultation erst wieder mit der MRI-Untersuchung vom 20. September 2007 belegt (Suva-act. 14). Die angebliche Brückensymptomatik in Form von fortdauernden Schwellungszuständen im Kniegelenk (Suva-act. 24) lässt sich aktenmässig nicht nachweisen. In Übereinstimmung mit Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ ist angesichts dieser Dokumentation von einer geringfügigen Kontusion des Kniegelenks auszugehen. Berücksichtigt man mit Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ den krankhaften vorbestehenden Zustand mit einer medialen Gonarthrose und Verkalkungen des Innen- und des Aussenmeniskus und veranschlagt deshalb eine längere Rekonvaleszenzzeit, so ist doch längstens sechs Monate nach dem Unfallereignis vom Erreichen des Status quo sine auszugehen. Aus der rechtzeitig gestellten Diagnose einer Kniekontusion links als massgebendem Kriterium für die Bestimmung der Unfallkausalität lässt sich eine solche für die am 22. Oktober 2007 durchgeführte Menishektomie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejahen.

3.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Akten zwar ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der Menishektomie und der anschliessend beschleunigt voranschreitenden Gonarthrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen ist, es jedoch an einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis und der Meniskusläsion fehlt. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der am 20. Oktober 2008 wegen der Varusgonarthrose durchgeführten Implantation einer medialen Kniegelenksprothese



und dem Unfallereignis vom 30. Juli 2006 ist insofern nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, als keine durchgehende Kausalkette besteht. Die medizinische Aktenlage ergibt insgesamt ein klares Bild. Die ärztliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ ist in Kenntnis der gesamten Aktenlage und nach Einsicht in alle bildgebenden Unterlagen erfolgt. Sie erscheint sodann überzeugend und einleuchtend, da sie in der Anamnese eine eindeutige Stütze findet. Durch die Aussagen von Dr. H.\_\_\_\_ wird sie nicht in Frage gestellt. Der Umstand, dass vor dem Unfall keine relevanten entsprechenden Beschwerden geklagt worden seien, vermag für sich nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität zu erbringen, da der zeitliche Aspekt allein keine medizinisch genügende Erklärung liefert. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein eines Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen, und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Wie Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ zudem festhalten, bedeutet der Umstand, dass ein Unfallereignis Verletzungen zur Folge hat und Beschwerden auslöst, nicht in jedem Fall, dass eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustands stattgefunden hat. Die Feststellung von Dr. H.\_\_\_\_, es gebe kein plausibles Argument, das gegen den Unfall vom 30. Juli 2006 als massgebliche Ursache für die Beschwerden spreche, kann nicht bestätigt werden. Im vorliegenden Fall ist vielmehr der Betrachtungsweise zu folgen, dass massgebende Hinweise gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität sprechen. Dr. H.\_\_\_\_ bezeichnet die unbestrittenen Vorzustände der Versicherten als unwesentliche pathologische Befunde in Form einer leichten, altersentsprechenden Arthrose und beschreibt die prätraumatischen Beschwerden als nicht relevant. Ohne diese Einschätzung völlig in Abrede zu stellen, ist ihr dennoch entgegen zu halten, dass sie sich aktenmässig so auch nicht bestätigen lässt. Zumindest steht fest, dass sich die Versicherte vor dem Unfall wiederholt wegen medialen Knieschmerzen links in ärztliche Behandlung begeben musste und die dabei durchgeführten radiologischen Untersuchungen verschiedene degenerative Veränderungen im linken Kniegelenk zeigten. Die MRI-Untersuchung vom 20. September 2007, gut ein Jahr nach dem streitigen Unfall, brachte sodann eine mediale Meniskusruptur sowie eine Chondropathie femoropatellär und im medialen Kompartiment Grad II hervor (Suva-act.



14). Am 17. April 2008 fanden sich schliesslich radiologisch eine deutliche mediale Gelenkspaltverschmälerung sowie eine vermehrte subchondrale Sklerose im Bereich des Tibiaplateaus (Suva-act. 22). Diese Anamnese zeigt einen nachvollziehbaren degenerativen Prozess auf, der zeitlich sowie mit Blick auf die fortlaufend beschriebenen radiologischen Untersuchungsergebnisse bzw. zusammenhängenden Entwicklungsstufen - teilweise auch im Sinn von Begleitpathologien - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unabhängig von einem Unfall stattfinden kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 580 ff., S. 1067 f.). An dieser Stelle ist insbesondere auch zu wiederholen, dass das Unfallereignis vom 30. Juli 2006 offensichtlich nicht derart schwer gewesen ist, dass es eine neue strukturelle Verletzung oder eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustands zur Folge gehabt hätte (vgl. Erwägungen 3.4 und 3.5). Demzufolge ist die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 30. Juli 2006 und den am 2. September 2008 gemeldeten Kniebeschwerden links mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen und ein Anspruch der Versicherten auf Versicherungsleistungen abzulehnen. Von einer Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs kann unter den genannten Umständen abgesehen werden.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. Januar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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