



**Fall-Nr.:** UV 2009/42  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.04.2020  
**Entscheiddatum:** 24.02.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.02.2010**

**Art. 6 UVG: Verneinung der überwiegend wahrscheinlichen Kausalität in Bezug auf eine Meniskusklaesion und beginnende Gonarthrose sowie auf eine Achillessehneteilruptur (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2010, UV 2009/42).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus ; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 24. Februar 2010

in Sachen

G.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Rosenbergstrasse 51, Postfach 1121, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a G.\_\_\_\_ war als Maschinenführer bei der A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 22. Februar 2008 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall. Der Versicherte habe am 11. September 2006 bei der Maschine MP2 eine Störung beheben wollen, sei die Stufen hinunter gefallen und habe sich dabei die rechte Ferse verletzt. Als erstbehandelnder Arzt wurde Dr. med. B.\_\_\_\_ genannt (Suva-act. 1, 2). Am 9. März 2007 hatte der Versicherte diesen wegen Schmerzen im rechten Fuss sowie im linken Kniegelenk konsultiert. Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte nach einer röntgenologischen Untersuchung des linken Knies und des rechten Calcaneus eine mediale Meniskusläsion links und einen traumatisierten Calcaneussporn im Bereich der Achillessehne rechts (Suva-act. 2.1). Am 29. März 2007 fand eine Untersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) statt, welche die Diagnosen einer Achillodynie bei Calcaneussporn am Ansatz der Achillessehne rechts sowie einer beginnenden medialen Gonarthrose, möglicherweise einer medialen Meniskusläsion links ergab (Suva-act. 2.2). Am 3. Mai 2007 folgte eine weitere Untersuchung durch Dr. B.\_\_\_\_ und am 3. Dezember 2007 eine MRI-Untersuchung von Rückfuss und Achillessehne rechts in der Klinik Stephanshorn, St. Gallen (Suva-act. 2.3, 3). Mit Schreiben vom 21. Januar 2008 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der Suva mit, dass die durchgeführten Abklärungen einerseits Veränderungen gezeigt hätten, die als Unfallfolge plausibel seien (Meniskusläsion, Achillessehneteilruptur), gleichzeitig aber auch unfallfremde Faktoren (Sporn im Ansatz der Achillessehne) vorliegen würden. Die Suva werde deshalb bezüglich Übernahme der Behandlungskosten für diese Leiden um eine Stellungnahme ersucht, damit mit dem Versicherten über die operative Behandlung definitiv entschieden werden könne (Suva-act. 3).

A.b Nach Einholung kreisärztlicher Beurteilungen bei Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, (Suva-act. 4, 6) eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 16. April 2008, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den gemeldeten Fussbeschwerden rechts und dem Unfall vom 11. September 2006 bestehe (Suva-act. 11).



B.

Die gegen diese Verfügung vom Rechtsvertreter des Versicherten, Fürsprecher lic. iur. D. Küng, St. Gallen, am 14. Mai 2008 erhobene Einsprache (Suva-act. 17) wies die Suva nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, (Suva-act. 22) mit Einspracheentscheid vom 9. März 2009 ab (Suva-act. 23). Der Krankenversicherer zog seine vorsorglich erhobene Einsprache (Suva-act. 12) nach Einsicht in die Akten zurück (Suva-act. 16).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 25. April 2009 und unter Beilage eines weiteren Berichts von Dr. B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2008 (act. G 1.2) Beschwerde erheben. Darin wird beantragt, der Einspracheentscheid und die diesem zugrunde liegende Verfügung vom 16. April 2008 seien vollumfänglich aufzuheben. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere seien die Kosten der medizinischen Massnahmen zu übernehmen und die gesetzlichen Taggelder zu entrichten. Eventuell sei die Angelegenheit zwecks Vornahme weiterer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik vom 18. Juli 2009 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

C.d 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 Bestimmungen 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 und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Wie bei der erstmaligen Anmeldung eines Schadenfalls kann auch bei einer wegen Geltendmachung eines Rückfalls gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR. 832.202) erneuten Schadenmeldung eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann ausgelöst werden, wenn der Leistungsansprecher zwischen den (erneut) vorgebrachten Beschwerden und der (seinerzeit) beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung einen natürlichen Kausalzusammenhang nachzuweisen vermag (BGE 129 V 181 E. 3.1, 118 V 296 f. E. 2c). Es handelt sich hierbei um eine leistungsbegründende Tatsache, bei deren Beweislosigkeit der Entscheid zu Lasten des Versicherten ausfällt (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). In der Unfallmeldung vom 22. Februar 2008 wird auf ein rund eineinhalb Jahre zurückliegendes Unfallereignis vom 11. September 2006 Bezug genommen. Eine im Anschluss an dieses Unfallereignis eingetretene Arbeitsunfähigkeit ist jedoch in den Akten nirgends vermerkt. Eine ärztliche Behandlung wegen Knie- und Fussbeschwerden links bzw. rechts ist erstmals am 8. März 2007 bei Dr. B.\_\_\_\_ belegt (Suva-act. 2.1), wofür jedoch von Seiten der Beschwerdegegnerin bis zum heutigen Tag keine Leistungszusprache erfolgt ist. Insofern liegt grundsätzlich kein Rückfall vor. Für die Beweislastverteilung ist dies jedoch letztlich nicht von Relevanz.

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist schliesslich anzufügen, dass den Berichten versicherungsinterner Ärzte rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden kann, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. C.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ am 3. März und 8. April 2008 bzw. am 5. März 2009 (Suva-act. 4, 6, 22) 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).

2.

Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die am 22. Februar 2008 gemeldeten Fussbeschwerden rechts sowie die laut Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. März 2007 zusätzlich bestehenden Beschwerden im linken Kniegelenk zu Lasten der Unfallversicherung gehen, bzw. ob zwischen dem Unfallereignis vom 11. September 2006 und den genannten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. In den medizinischen Akten wurden verschiedene Diagnosen entsprechend struktureller Gesundheitsschädigungen gestellt, die grundsätzlich als Ursache der Beschwerden in Erwägung zu ziehen sind. Die Frage nach deren Unfallkausalität wird von Seiten der Beschwerdegegnerin gestützt auf die ärztlichen Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ verneint (Suva-act. 4, 6, 22). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht demgegenüber geltend, aufgrund der Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 21. Januar und 28. Oktober 2008 (Suva-act. 3; act. G 1.2) sei von einer Unfallkausalität auszugehen.

3.

3.1 Laut Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. März 2007 zeigte eine röntgenologische Untersuchung beider Knie des Beschwerdeführers Rauberzeichen medial am Knie links, jedoch keine erkennbare Gelenkspaltverschmälerung und keine Arthrosezeichen, einen symmetrischen Befund zu rechts sowie eine unauffällige Knochenstruktur. Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte darauf eine mediale Meniskusläsion links (Suva-act. 2.1). Eine Röntgenuntersuchung des linken Kniegelenks vom 29. März 2007 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG zeigte laut Bericht vom 2. April 2007 eine leichte Verschmälerung des Gelenkspalts medial - wobei klinisch keine Meniskuszeichen auslösbar waren - und hier eine beginnende Osteophytenbildung im Sinn einer beginnenden Gonarthrose, worauf die Diagnose einer beginnenden medialen Gonarthrose und einer möglichen medialen Meniskusläsion links gestellt wurde (Suva-



act. 2.2). Eine weitere röntgenologische Untersuchung in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 3. Mai 2007 zeigte sodann laut Bericht vom 4. Mai 2007 einen Einriss des Innen- und Aussenmeniskus. Die Klinik diagnostizierte demzufolge neben der medialen auch eine laterale Meniskusläsion und wiederum die beginnende Gonarthrose links (Suva-act. 2.3).

3.2 Dr. E.\_\_\_\_ stellt sich in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. März 2009 auf den Standpunkt, dass hinsichtlich der radiologisch erhobenen strukturellen Gesundheitsschäden im linken Kniegelenk eine Unfallkausalität zu verneinen sei. Begründend weist er darauf hin, dass der Beschwerdegegnerin das geltend gemachte Ereignis erst am 22. Februar 2008 gemeldet worden sei. Echtzeitlich sei keine Behandlung erfolgt, auch die Arbeitsfähigkeit sei nie eingeschränkt gewesen. Dr. B.\_\_\_\_ kenne den Beschwerdeführer seit 8. März 2007. In seinem Schreiben vom 21. Januar 2008 mache er nachträglich eine rein zeitliche Kausalattribution post hoc. Wie von Dr. D.\_\_\_\_ am 8. April 2008 korrekt dargelegt, sei ein Kausalzusammenhang der Beschwerden (Knie links, Fuss rechts) mit dem Vorfall vom 11. September 2006 versicherungsmedizinisch nur möglich. Bezüglich des Knies stehe im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. März 2007 explizit, dass kein eigentliches Trauma erinnerlich sei. Auch die radiologischen Abklärungen hätten nur altersentsprechende degenerative Veränderungen und Meniskopathien ergeben. Klinisch seien am 29. März 2007 in der Orthopädischen Klinik des KSSG keine Meniskuszeichen auslösbar gewesen (Suva-act. 22).

3.3 Hinsichtlich Meniskusläsionen gilt es zu beachten, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Meniskusläsionen können aber auch als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 1056 f.). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin und basierend auf der ärztlichen Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ finden sich jedoch in den Akten keinerlei Hinweise, aufgrund welcher im vorliegenden Fall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, S. 451) von einer Unfallfolge auszugehen wäre.



3.4 Ein massgebendes Beurteilungskriterium für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion bildet zunächst der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil. In seinem Bericht vom 21. Januar 2008 schilderte Dr. B.\_\_\_\_ das Unfallereignis derart, dass der Beschwerdeführer über eine Höhe von 80 cm gestürzt sei, wobei er sich mit dem rechten Fuss aufgefangen und dadurch eine unerwartet grosse Belastung mit Distorsion des Kniegelenks und akuter Belastung der Achillessehne erlitten habe (Suva-act. 3). - Eine Distorsion ist grundsätzlich geeignet, eine Meniskusläsion zu verursachen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057). Ein solcher Unfallmechanismus lässt sich jedoch anhand der übrigen Akten nicht nachweisen. Laut Unfallschilderung in der Schadenmeldung vom 22. Februar 2008 wollte der Beschwerdeführer bei einer Maschine eine Störung beheben, fiel die Stufen hinunter und verletzte sich dabei den rechten Fuss (Suva-act. 1, 2). Eine Knieverletzung bzw. eine Unfallbeteiligung des linken Knies wurde nicht angeführt. Desgleichen und somit entgegen seiner obgenannten, späteren Darlegung hatte Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. März 2007 noch festgehalten, dass - wie von Dr. E.\_\_\_\_ bemerkt - in Bezug auf das rechte Knie kein eigentliches Trauma erinnerlich sei (Suva-act. 2.1). Weitere genauere, echtzeitliche Unfallschilderungen liegen nicht bei den Akten. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer den Sturz mit dem rechten Fuss auffing, macht das Geschehen einer Kniegelenksdistorsion ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass es mit Blick auf die Akten unwahrscheinlich erscheint, dass anlässlich des Unfallereignisses vom 11. September 2006 eine schädigende Einwirkung auf das linke Kniegelenk stattgefunden hat.

3.5 Schliesslich lässt auch der von Dr. E.\_\_\_\_ angesprochene zeitliche Ablauf als massgebende Grundlage für eine Kausalitätsbeurteilung die natürliche Kausalität zwischen der Meniskusläsion und dem Unfallereignis vom 11. September 2006 als unwahrscheinlich erscheinen. Eine Meniskusläsion wurde in den medizinischen Akten erstmals am 8. März 2007 und damit ein halbes Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis diagnostiziert (Suva-act. 2.1). Eine Unfallmeldung erfolgte nochmals rund ein Jahr später (Suva-act. 1, 2). In seinem Bericht vom 21. Januar 2008 hält Dr. B.\_\_\_\_ fest, in Folge des Ereignisses vom 11. September 2006 seien chronische Schmerzen aufgetreten. Aus der Anamnese von Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. März 2007 lässt sich jedoch ein Beginn der Schmerzen im linken Kniegelenk unmittelbar nach dem Unfall



keineswegs zwingend ableiten, indem ausgeführt wird, auf der linken Seite seien seit einiger Zeit Schmerzen im Kniegelenk mediallyseitig aufgetreten, und die Schmerzen seien besonders vor ca. einem Monat sehr akut gewesen (Suva-act. 2.1). Der Zeitpunkt des Auftretens eines Kniegelenkschmerzes links erscheint damit sehr unbestimmt. Eine auf das Unfallereignis zurückzuführende Meniskusläsion ist angesichts des dargelegten zeitlichen Ablaufs nochmals unwahrscheinlicher, weil Meniskusläsionen, wie bereits erwähnt, häufig degenerativ bedingt sind. Die degenerative Gesundheitsschädigung entsteht im Lauf der Zeit im Rahmen eines Prozesses bzw. ist wiederholten, im täglichen Leben erfolgten Mikrotraumata zuzuschreiben, welche eine allmähliche Abnützung und schliesslich infolge eines letzten Mikrotraumas das Ausmass einer die Behandlung erfordernde Schädigung jederzeit bewirken können (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057 ff.; Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, s. 85 und 88). 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, wie sie von der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG auch beim Beschwerdeführer diagnostiziert wurde (Suva-act. 2.2, 2.3). Die Arthrose ist das Endstadium aller Gelenkschäden (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Meniskus> (Anatomie), Abfrage vom 15. Januar 2010; Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 1068). Der Gesundheitszustand des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers weist damit auf einen nachvollziehbaren degenerativen Verschleissprozess hin, der hinsichtlich zeitlichem Ablauf des vorliegenden Schadenfalls massgebend gegen eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Meniskusläsion spricht.

3.6 Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2008 (Suva-act. 3) beinhaltet schliesslich - entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - keine schlüssigen medizinischen Grundlagen (beispielsweise auf Befunde gestützte medizinische Beurteilungen) für die Kausalitätsbeurteilung. Der von ihm festgehaltene Umstand, dass nach dem Dafürhalten des Beschwerdeführers ein unfallbedingtes Geschehen vorhanden sei, da er bis zum Sturz beschwerdefrei gewesen sei, basiert zunächst auf einer subjektiven Aussage des Beschwerdeführers, die nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis keinen Beweis für eine Unfallkausalität zu erbringen vermag,



da der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärung liefert. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des 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). Im Übrigen muss der von Dr. B.\_\_\_\_ gewählten Formulierung "Die von uns durchgeführten Abklärungen zeigen einerseits Veränderungen, welche als Unfallfolge plausibel sind (Meniskusläsion, Achillessehnenentzündung)" entnommen werden, dass er eine Unfallkausalität offensichtlich auch nur als möglich betrachtet. Diese Einschränkung wird durch seinen begleitenden Hinweis auf unfallfremde Faktoren (Sporn im Ansatz der Achillessehne) nochmals verstärkt. Anzuführen bleibt, dass Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Oktober 2008 (act. G 1.2) die Meniskusläsion überhaupt nur noch als Verdachtsdiagnose gestellt hat. Dr. D.\_\_\_\_ sieht in der ärztlichen Beurteilung vom 8. April 2008 einen Zusammenhang zwischen den heutigen Beschwerden vor allem im Bereich der Achillessehne und dem Ereignis vom 11. September 2006 als mindestens möglich. Auch bezüglich des linken Knies sieht er lediglich einen möglichen bis wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 11. September 2006 (Suva-act. 10). Die Formulierung "mindestens möglich" bezieht sich offensichtlich auch auf das linke Knie. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers stellt zwar richtig fest, dass ein Sachverhalt, der "überwiegend wahrscheinlich" ist, ebenso den Beweisgrad "mindestens möglich" erreicht hat. Auch trifft es zu, dass "mindestens möglich" nur heisst, dass es "möglich" bzw. das "Mindeste" ist. Ob es jedoch auch mehr ist bzw. "überwiegend wahrscheinlich", ist damit - entgegen der Darstellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers - noch nicht gesagt (Suva-act. 17; Replik vom 18. Juli 2009). Mit der Formulierung "mindestens möglich" sagt Dr. D.\_\_\_\_ noch gar nichts über die Wahrscheinlichkeit aus, sondern setzt lediglich den unteren Rahmen des erreichten Beweisgrades fest. Mit der weiteren Formulierung "lediglich einen möglichen bis wahrscheinlichen Kausalzusammenhang" schränkt Dr. D.\_\_\_\_ die Unfallkausalität zusätzlich ein. Grundsätzlich sind sodann Sachverhalte mit gleicher Möglichkeit, aber auch mit gleicher Wahrscheinlichkeit denkbar. Auszugehen ist jedoch von demjenigen Sachverhalt, den das Gericht von allen möglichen und wahrscheinlichen Geschehensabläufen als den wahrscheinlichsten würdigt.



3.7 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass hinsichtlich der Kausalitätsfrage ärztliche Beurteilungen vorliegen, die im Ergebnis übereinstimmen. Die ärztliche Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ erscheint angesichts dieses Umstands, aber insbesondere auch mit Blick auf die von ihm festgehaltenen, auf die medizinischen Akten abstützenden und für die Beurteilung der Unfallkausalität massgebenden Gegebenheiten überzeugend und schlüssig. Die zur Verfügung stehenden medizinischen Akten geben ein klares Bild von der Gesundheitssituation des linken Knies des Beschwerdeführers, weshalb auf weitere medizinische Untersuchungen verzichtet werden kann. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Kniegelenksbeschwerden links und dem Unfall vom 11. September 2006 ist demzufolge zu verneinen bzw. es ist in Bezug auf die Meniskopathie links des Beschwerdeführers von einer degenerativen Gesundheitsschädigung auszugehen und damit eine diesbezügliche Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen.

4.

4.1 Streitig und zu prüfen ist im Weiteren, ob die beim Beschwerdeführer bestehenden Fussbeschwerden rechts unfallkausal sind. Die von Dr. B.\_\_\_\_ laut Bericht vom 9. März 2007 durchgeführte Röntgenuntersuchung zeigte am rechten Fuss einen Calcaneus mit Verknöcherung oder Spornbildung im Ansatz der Achillessehne, ohne entsprechende Läsion links. Er diagnostizierte darauf einen traumatisierten Calcaneussporn im Bereich der Achillessehne rechts (Suva-act. 2.1). Auch von der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG wurde nach weiteren Röntgenuntersuchungen vom 29. März und 3. Mai 2007 übereinstimmend die Diagnose einer Achillodynie bei Calcaneussporn am Ansatz der Achillessehne rechts gestellt (Suva-act. 2.2, 2.3). Bei der nachfolgend am 3. Dezember 2007 in der Klinik Stephanshorn durchgeführten MRI-Untersuchung stellten sich die distalen 5 cm der Achillessehne aufgetrieben dar mit Zeichen der Tendinopathie sowie einer möglicherweise kleinen interstitiellen Partialruptur. Sichtbar waren zudem eine begleitende ansatznahe Peritendinitis sowie diskrete Zeichen der Tendinopathie der proximalen Anteile der Sehne des Musculus flexor hallucis longus. Schliesslich ergab sich der Verdacht auf ein zystisches Ganglion distal und ventral des Malleolus lateralis, in Nachbarschaft zur Sehne des Musculus peroneus brevis (Suva-act. 3).



4.2 Die Suva-Ärzte Dr. C.\_\_\_\_ (Suva-act. 4), Dr. D.\_\_\_\_ (Suva-act. 10) und Dr. E.\_\_\_\_ (Suva-act. 22), aber auch Dr. B.\_\_\_\_ (Suva-act. 3; act. G 1.2) sind sich darin einig, dass die Achillodynie mit Spornbildung im Ansatz der Achillessehne krankhafter bzw. degenerativer Natur ist und damit einen unfallfremden Faktor bildet. Die Achillodynie ist ein Schmerzsyndrom der Achillessehne, des Ansatzes der Wadenmuskulatur am Fersenbein. Es handelt sich um eine entzündliche Reaktion auf mechanische Schädigung von Sehngewebe durch Mikrotraumata (Tendinopathie) und damit um eine eher häufige Erkrankung. Als Ursache der Achillodynie wird eine lokale, meist chronische Überbeanspruchung der Achillessehne angegeben, wobei ständige gleichförmige Belastungen (Langstreckenlauf) genauso vorkommen wie ungewohnte, kurze Tätigkeiten (Aufnahme eines neuen Sports). Der Calcaneussporn kann gerade durch seine Druckbelastung zu einer Entzündungsreaktion des umgebenden Gewebes führen (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Achillodynie>, Abfrage vom 15. Januar 2010; <http://www.dr-gumpert.de/html/fersensporn.html>, Abfrage vom 15. Januar 2010; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., S. 13, 951; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl., S. 13, 969; Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1172). Einen unfallkausalen Gesundheitsschaden sieht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers jedoch in der im MRI-Untersuchungsbericht der Klinik Stephanshorn vom 3. Dezember 2007 dokumentierten interstitiellen Partialruptur der Achillessehne (Suva-act. 3), wobei er sich auf die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 21. Januar sowie 28. Oktober 2008 (Suva-act. 8; act. G 1.2) abstützt. Unbestritten ist offensichtlich zwischen den Ärzten, dass eine Partialruptur im Bereich der Achillessehne grundsätzlich sowohl degenerativer als auch traumatischer Natur sein kann. Letzteres jedoch laut medizinischer Literatur mit der Einschränkung, dass meist eine Vorschädigung durch Über- und Fehlbelastung bzw. eine geschwächte Sehne vorliegt (vgl. dazu auch Pschyrembel, a.a.O., S. 13; Roche Lexikon, a.a.O., S. 13; <http://www.ozm.com/dc/leistungen/fuss/achilles-sehnen-ruptur.html>, Abfrage vom 18. Januar 2010).

4.3 Dr. E.\_\_\_\_ legt in seiner Beurteilung vom 5. März 2009 zur Frage der Kausalität dar, dass eine typisch krankhafte Achillodynie vorliege mit entsprechendem Sporn am Calcaneus. Dies habe auch die MRI-Untersuchung vom 3. Dezember 2007 bestätigt. Eine mögliche kleine interstitielle Partialruptur sei nicht durch einen traumatischen Riss bedingt, sondern vielmehr Ausdruck der Tendinopathie. Klinisch sei die Achillessehne intakt (Suva-act. 22). Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 8. April 2008 fest, dass



ein Zusammenhang zwischen den heutigen Beschwerden im Bereich der Achillessehne und dem Ereignis vom September 2006 mindestens möglich sei. Man finde jedoch auch bereits einen Fersensporn in der Achillessehne, was eher auf ein degeneratives Leiden hinweise (Suva-act. 10). Dr. C.\_\_\_\_ wies in seiner Beurteilung schliesslich darauf hin, dass zwischen dem Trauma-Ereignis und der fraglichen Diagnose mehr als ein Jahr liege. Zudem dokumentiere die MRI-Untersuchung vor allem eine degenerative Läsion mit möglicher kleiner Ruptur und nicht eine akute Ruptur. Es sei davon auszugehen, dass eine im September 2006 erfolgte Rupturierung der Achillessehne im Dezember 2007 längstens ausgeheilt wäre (Suva-act. 4). - Die Ärzte der Suva stellen mithin übereinstimmend einen Zusammenhang zwischen der Achillodynie mit entsprechendem Calcaneussporn bzw. der Tendinopathie und der laut MRI-Untersuchungsbericht überhaupt nur möglichen (vgl. dazu Th. Locher, a.a.O., S. 451) kleinen interstitiellen Partialruptur her. Angesichts der Erwägungen in Ziff. 4.1 und 4.2 - die erhobenen Gesundheitsschädigungen befinden sich an derselben Körperstelle und können grundsätzlich alle auf eine körperliche (Über-)Belastung zurückgeführt werden - erscheint ein solcher nachvollziehbar. Ein Zusammenhang des Unfallereignisses mit der Pathologie an der rechten Ferse ist hingegen in Anbetracht dieser Gegebenheiten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Es sprechen keinerlei überzeugende Argumente für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität, zumal eine solche auch nicht anhand echtzeitlicher Akten belegt werden kann. Vielmehr spricht die von Dr. D.\_\_\_\_ angeführte zeitliche Komponente, d.h. die erstmalige Diagnose einer Ruptur mehr als ein Jahr nach dem Unfallereignis (vgl. Erwägung 3.5) zusätzlich gegen eine Unfallkausalität. Hinsichtlich des von ihm als "mindestens möglich" bezeichneten Kausalzusammenhangs wurde die Abweichung zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bereits in Erwägung 3.6 dargelegt.

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine teilkasale Mitbeteiligung des Unfallereignisses vom 11. September 2006 an der interstitiellen partialen Achillessehnenruptur rechts höchstens möglich, indessen nicht überwiegend wahrscheinlich ist. An dieser Beurteilung vermögen die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 21. Januar und 28. Oktober 2008 (Suva-act. 3; act. G 1.2) nichts zu ändern. Hinzuzufügen ist, dass Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Oktober 2008 von einer chronischen Achillodynie rechts mit lokalem Trauma spricht. Wie bereits



erwähnt, wird als Ursache der Achillodynie gerade eine lokale, meist chronische Überbeanspruchung der Achillessehne angegeben (vgl. Erwägung 4.2). Als Ursache für eine Läsion kann nicht immer ein singuläres Ereignis identifiziert werden. Vielmehr ist die Läsion insbesondere bei degenerativen Gesundheitsschäden mehrheitlich wiederholten, alltäglichen Mikrotraumata zuzuschreiben, die eine allmähliche Abnützung bewirken und schliesslich das Ausmass einer eine Behandlung erfordernden Schädigung erreichen. Im übrigen deckt sich der medizinische Begriff des Traumas nicht mit dem rechtlichen Unfallbegriff, sondern umfasst auch geringfügige Traumata, denen der Charakter der Ungewöhnlichkeit und/oder Plötzlichkeit abgeht (vgl. Art. 4 ATSG; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2002 [U 6/2002] i/S K., E. 2.2). Insgesamt erscheint damit eine umfassende degenerative Situation bedeutend wahrscheinlicher, als eine zufällig anmutende unfallbedingte Verursachung, zumal Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Oktober 2008 ebenfalls nur von einer möglichen Verschlechterung der Achillessehnenansatzschmerzen durch den geklagten Unfall spricht.

5.

Zusammenfassend ergibt sich, dass eine überwiegend wahrscheinliche (teil-)kausale Bedeutung des Unfallereignisses für den Knieschaden links und den Fuss Schaden rechts im Sinn einer durch den Unfall klar verursachten, strukturellen Gesundheitsschädigung nicht nachgewiesen ist.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. März 2009 abzuweisen. Gerichtskosten 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 Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.