



**Fall-Nr.:** UV 2014/33  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.11.2015  
**Entscheiddatum:** 17.11.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.11.2015**

**Art. 19 Abs. 1 UVG: Verneinung eines medizinischen Endzustands (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. November 2015, UV 2014/33). Entscheid vom 17. November**

**2015 Besetzung Versicherungsrichter Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichter Miriam**

**Lendfers; Gerichtsschreiberin Marilena Gnesa Geschäftsnr. UV**

**2014/33 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bernhard Zollinger, Rämistrasse 5, Postfach 462, 8024 Zürich, zusätzlich vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marco Frei, Rämistrasse 5, Postfach 462, 8024 Zürich, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Invalidenrente Sachverhalt**

A.

A.a A. \_\_ (nachfolgend: Versicherte) war seit 1. Januar 2011 bei der B. \_\_ AG als Operator Packaging angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als am 18. August 2012 beim Beachvolleyballspielen ein Mitspieler auf sie fiel und sie am linken Knie traf (vgl. Suva-act. 1, 61). Die Versicherte wurde noch am Unfalltag in der Chirurgischen Klinik des Spitals C. \_\_ vorstellig, deren Ärzte nach einer Röntgenuntersuchung ohne Nachweis einer ossären Läsion eine Kniekontusion links diagnostizierten und bis 21. August 2012 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Suva-act. 22, 23). Am 31. August 2012 stellte der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. univ. D. \_\_, FMH für Allgemeinmedizin, ein weiteres Arbeitsunfähigkeitszeugnis bis 31. August 2012 aus (Suva-act. 6). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten; Suva-act. 2 - 5).



## St.Galler Gerichte

A.b Nach einer Arbeitsaufnahme am 31. August 2012 (Suva-act. 8) bescheinigte Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie FMH, Chirurgische Klinik, Orthopädie, Spital C.\_\_\_\_, der Versicherten ab 8. November 2012 erneut eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 15; vgl. auch Suva-act. 11). Basierend auf dem Ergebnis einer auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ am 20. September 2012 im Röntgeninstitut F.\_\_\_\_ durchgeführten MRI-Untersuchung des linken Knies der Versicherten (Suva-act. 31), diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_, nach einer am 27. November 2012 zusätzlich durchgeführten klinischen Untersuchung, eine hochgradige Partialruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) Knie links vom 18. August 2012 mit erheblichem Bone bruise des Fibulaköpfchens, geringer auch des medialen und lateralen Femurcondylus sowie geringer am medialen Tibiaplateau mit Zerrung der meniscocapsulären Insertion des medialen Hinterhorns (Bericht vom 3. Dezember 2012, Suva-act. 21). Am 16. Januar 2013 folgte auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ eine weitere MRI-Untersuchung des linken Knies im Institut für Radiologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), welche die posttraumatische Alteration des in der Kontinuität erhaltenen VKB bestätigte und einen Einriss des Innenmeniskushinterhorns verifizierte (Suva-act. 38). Dr. E.\_\_\_\_ hielt hierauf am 31. Januar 2013 fest, dass wahrscheinlich eine Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie geplant werden müsse (Suva-act. 34), und attestierte der Versicherten vom 5. bis 22. Februar 2013 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 35). Die Suva beauftragte darauf Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie H.\_\_\_\_, mit einer Untersuchung der Versicherten. Dieser stellte am 19. Februar 2013 die Diagnose eines Verdachts auf Arthrofibrose Knie links mit/bei: Status nach Distorsionsereignis vom 18. August 2012, kernspintomographisch verifizierter medialer Meniskushinterhornläsion, subtotaler VKB-Ruptur und massiver muskulärer Dysbalance und empfahl bei fehlendem Bone bruise ebenfalls eine arthroskopische Meniskusanierung und Mobilisation des Gelenks (Suva-act. 28, 41/7 f.). An selbigem Tag kündigte die B.\_\_\_\_ AG das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten auf den 31. Mai 2013 (Suva-act. 42).

A.c Am 28. Februar 2013 führte Dr. E.\_\_\_\_ eine Kniearthroskopie durch. Dabei stellte er die zusätzliche Diagnose einer signifikanten Plica mediopatellaris und nahm eine mediale Teilmeniskektomie (TME), eine Resektion der Plica mediopatellaris sowie eine partielle intraartikuläre Synovektomie und partielle Hoffa-Resektion vor. Die Versicherte war dafür vom 28. Februar bis 1. März 2013 im Spital C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Dr. E.\_\_\_\_ attestierte ihr anschliessend eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 15. März 2013 (Suva-



act. 52, 54). Nach einem eintägigen Arbeitsversuch am 16. April 2013 blieb die Versicherte am Folgetag wegen einer Schwellung des Kniegelenks und Schmerzen zu Hause (Suva-act. 61) und wurde von Dr. D.\_\_\_\_ bis 6. Mai 2013 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 63).

A.d Nachdem die Versicherte der Suva am 19. April 2013 von Rückenbeschwerden berichtet hatte (Suva-act. 61), teilte diese der Versicherten nach Rücksprache mit ihrem Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH (Suva-act. 71), mit Schreiben vom 17. Mai 2013 mit, dass zwischen den Rückenbeschwerden und dem Unfallereignis vom 18. August 2012 kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe, weshalb sie für die Rückenbeschwerden nicht leistungspflichtig sei (Suva-act. 73). Die Versicherte bekundete am 23. Mai 2013 telefonisch ihr Unverständnis und erklärte, dass sie im März 2011 einen Unfall mit Beteiligung der HWS bzw. des Rückens gehabt habe und dieser Unfall von einer anderen Suva-Agentur bearbeitet werde (Suva-act. 76).

A.e Anlässlich einer zwischenzeitlich durch Dr. E.\_\_\_\_ am 6. Mai 2013 durchgeführten Verlaufsuntersuchung hatte die Versicherte über zunehmende muskuläre Schmerzen entlang des Tractus iliotibialis sowie auch über dem Beckenkamm beidseits berichtet, welche Dr. E.\_\_\_\_ im Rahmen einer Entzündungsreaktion mit Synovitis aufgrund einer Überlastung nach dem ganztägigen Arbeitsversuch am 16. April 2013 im Stehen interpretierte. Dr. E.\_\_\_\_ hatte klinisch eine mässiggradige periartikuläre Weichteilschwellung mit geringem Erguss, vor allem betont im Bereich des Hoffa, hier auch eine deutliche Druckdolenz antero-medial wie antero-lateral, eine deutliche Druckdolenz über dem distalen Verlauf des Tractus iliotibialis sowie über dem Ansatz, eine nur minimale Druckdolenz über dem zentralen medialen und lateralen Gelenkspalt, negative mediale und laterale Meniskuszeichen, keine relevante Instabilität, ein Streckdefizit von ca. 5° mit Schmerzen ventral und eine Flexion ca. 115° mit Schmerzen ventral erhoben. Als Therapie empfahl er eine intraartikuläre Infiltration des linken Kniegelenks mit Carbostesin und Kenacort sowie eine Weiterführung der Physiotherapie. Dr. E.\_\_\_\_ hatte schliesslich die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis mindestens 8. Juni 2013 verlängert (Suva-act. 79). Am 12. Juni 2013 erhob Dr. E.\_\_\_\_ unveränderte Befunde und diagnostiziert unter anderem eine massive muskuläre Dysbalance (Suva-act. 99).



## St.Galler Gerichte

A.f Dr. H.\_\_\_\_ hatte bei seiner derweil am 6. Juni 2013 durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung einen postoperativ protrahierten Verlauf festgestellt und berichtet, dass die Beschwerden im Bereich des Kniegelenks diffus und keine klaren Meniskuszeichen zu erheben seien. Ausserdem lasse sich keine namhafte Instabilität provozieren. Ebenfalls nicht ausreichend nachvollziehbar seien aufgrund der intraoperativen Befunde die erhebliche Schmerzhaftigkeit und die Einnahme der hohen Mengen an Schmerzmedikamenten. Die geplante Infiltration sollte möglichst rasch vorgenommen werden. Aufgrund der klinischen Befunde sei von mehrheitlich weichteilbedingten Beschwerden auszugehen. Dr. H.\_\_\_\_ empfahl eine arbeitsorientierte Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 84).

A.g Vom 31. Juli bis 4. September 2013 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon auf, wo eine diagnostische Beurteilung - unter anderem mit Röntgenuntersuchungen beider Knie, der HWS und BWS am 5. August 2013 und psychosomatischem Konsilium am 7. August 2013 -, eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sowie therapeutische Massnahmen vorgenommen wurden. Die Röntgenuntersuchung beider Knie brachte eine regelrechte Artikulation in den Kniegelenken, beidseitig eine zentrierte Patella, keine Fraktur, keine grösseren degenerativen Veränderungen und keinen Gelenkerguss zur Darstellung. Die für das psychosomatische Konsilium zuständigen Fachleute diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode agitierter Färbung (ICD-10: F33.1). Im Austrittsbericht vom 9. September 2013 wurde festgehalten, dass der Versicherten die angestammte, körperlich mittelschwere Tätigkeit als Maschinenbedienerin in der Pharmaindustrie nicht mehr zumutbar sei. Hingegen sei ihr mindestens eine leichte Arbeit ganztags zumutbar. Bezogen auf das linke Knie und die HWS seien spezielle Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Arbeit sollte wechselbelastend (wechselweise Stehen, Sitzen, Gehen ohne längerdauerndes Stehen/Gehen am Stück länger als 60 Minuten) sein und keine Arbeiten länger dauernd in der Hocke und/oder auf den Knien sowie mit häufig wiederholtem Steigen auf Treppen oder Leitern und länger dauerndem Arbeiten über Brusthöhe beinhalten (Suva-act. 111).

A.h Am 19. November 2013 begann die Versicherte bei lic. phil. J.\_\_\_\_, Psychologin/ Psychotherapeutin SPV/SBAP, spezielle Psychotraumatherapie DeGPT, eine Psychotherapie (Suva-act. 134).



## St.Galler Gerichte

A.i Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 21. November 2013 stellte Dr. H.\_\_\_\_ diskrete Befunde fest. Relevante Schonungszeichen fänden sich keine. Schmerzen entlang des Tractus iliotibialis, welche vor allem beim Valgustest provoziert worden seien, könnten anatomisch nicht ausreichend erklärt werden. Beim Valgusstress komme es zu einer Entlastung des Tractus, was eine Schmerzabnahme erklären würde. Klinisch könnten keine eindeutigen intraartikulären Pathologien festgehalten werden. Die Beschwerden würden diffus weichteilbedingt beklagt. Das Gangbild sei vor allem im Barfussgang und in Alltagsschuhen nicht wesentlich pathologisch. Auch im Zehenspitzen- und Fersengang könne höchstens ein diskret vermindertes Abrollen festgehalten werden. Die Symptomatik im Bereich des rechten Beins könne nicht überwiegend wahrscheinlich durch die klinischen Befunde am linken Knie erklärt werden. Zusammenfassend seien die Beschwerden strukturell nur unzureichend zu begründen. Diverse therapeutische Massnahmen hätten zu keiner Verbesserung geführt, sodass eine namhafte Einflussnahme auf den Gesundheitszustand nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu erreichen sei. Dr. H.\_\_\_\_ teilte sodann die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon hinsichtlich der kniebezogen zu berücksichtigenden Einschränkungen. Allgemein formulierte er hingegen, dass der Versicherten aufgrund der objektivierbaren Befunde mindestens eine leichte bis ausnahmsweise mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar sei. Die HWS wurde von Dr. H.\_\_\_\_ nicht untersucht und blieb auch im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung unberücksichtigt. Mangels nachweisbarer namhafter degenerativer Veränderungen und organisch strukturell nur partiell erklärbarer Beschwerden erklärte Dr. H.\_\_\_\_ die Erheblichkeitsgrenze für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung gemäss Feinrastertabelle 5 als nicht erreicht (Suva-act. 127).

A.j Gestützt auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung von Dr. H.\_\_\_\_ teilte die Suva der Versicherten mit Schreiben vom 28. November 2013 die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Dezember 2013 mit. Über den Umfang der Leistungen ab 1. Januar 2014 werde die Abteilung Versicherungsmedizin direkt berichten (Suva-act. 131).

A.k Mit einer der Versicherten zugestellten Verfügung vom 12. Dezember 2013 lehnte die Suva einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ab (Suva-act. 136). Am 19. Dezember 2013 wurde die Suva



## St.Galler Gerichte

über eine rechtsanwaltliche Vertretung der Versicherten informiert, worauf sie die Verfügung vom 12. Dezember 2013 durch die Verfügung vom 23. Dezember 2013 ersetzte und diese unter Ansetzung einer neuen Rechtsmittelfrist dem damaligen Rechtsvertreter der Versicherten eröffnete (Suva-act. 138 f.).

A.l Am 14. Januar 2014 wurde Dr. H.\_\_\_\_ von Dr. D.\_\_\_\_ telefonisch darüber informiert, dass die Versicherte ein verlängertes vorderes Schubladenphänomen aufweise und er die Versicherte aktuell wieder voll arbeitsunfähig geschrieben habe. Laut Telefonnotiz von Dr. H.\_\_\_\_ erklärte dieser darauf, dass er den fraglichen Befund bereits während der kreisärztlichen Untersuchungen festgestellt habe. Arthroskopisch habe ein durchgängiges VKB bestätigt werden können, so dass keine weiteren therapeutischen Massnahmen indiziert seien. Das Zumutbarkeitsprofil sei den objektivierbaren Befunden angepasst. Dr. D.\_\_\_\_ konnte die kreisärztlichen Aussagen laut Telefonnotiz nachvollziehen; er habe angegeben, dass er allenfalls zur Objektivierung nochmals ein MRI veranlassen werde. Dr. H.\_\_\_\_ hiess dies als Möglichkeit zur Bestätigung gut und antwortete, dass er nochmals eine kreisärztliche Untersuchung durchführen würde, sollte unerwarteterweise eine vollständige VKB-Läsion nachgewiesen werden können (Suva-act. 145).

A.m Gegen die Verfügung vom 23. Dezember 2013 liess die Versicherte durch Dr. D.\_\_\_\_ am 15. Januar 2014 Einsprache erheben (Suva-act. 146).

A.n Auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ wurde bei der Versicherten am 24. Januar 2014 im Röntgeninstitut K.\_\_\_\_ eine neue MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks durchgeführt (Suva-act. 149), deren Ergebnis Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ am 21. Februar 2014 miteinander besprachen (Suva-act. 152).

B.

Mit Einspracheentscheid vom 28. März 2014 wies die Suva die Einsprache der Versicherten ab und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Suva-act. 156).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Dagegen liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. Zollinger, Zürich, mit Eingabe vom 12. Mai 2014 Beschwerde erheben mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben, der Beschwerdeführerin seien eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung auszurichten und eventualiter sei die Sache an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Der Beschwerdeführerin seien ausserdem die unentgeltliche Prozessführung und ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person des Unterzeichnenden zu bewilligen (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin - soweit darauf einzutreten sei - die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 28. März 2014 (act. G 5).

C.c Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts bewilligte am 18. Juni 2014 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Zollinger; act. G 6).

C.d Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Replik vom 18. August 2014 unverändert an seinen Anträgen festgehalten und einen Arztbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Aussicht gestellt hatte (act. G 8), reichte er am 15. Oktober 2014 einen Bericht von Med. pract. M.\_\_\_\_, Ärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, Praxis Dr. L.\_\_\_\_, vom 15. Oktober 2014 ein (act. G 12 und G 12.1). Mit Schreiben vom 20. Oktober 2014 legte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weitere Berichte von Med. pract. M.\_\_\_\_ vor (act. G 14, G 14.1 - G 14.3).

C.e Mit Duplik vom 4. November 2014 erneuerte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 16).

C.f Mit Schreiben vom 11. Mai 2015 reichte Dr. iur. M. Frei, Zürich, eine von Rechtsanwalt Zollinger ausgestellte Substitutionsvollmacht ein (act. G 18.1) und unterbreitete trotz des zuvor am 12. November 2014 von der Verfahrensleitung des



## St.Galler Gerichte

Versicherungsgerichts mitgeteilten Abschlusses des Schriftenwechsels (act. G 17) weitere Berichte bzw. Bescheinigungen des Spitals C.\_\_\_\_ und von Dr. D.\_\_\_\_ (act. G 18.2 - G 18.7).

C.g Am 6. Juli 2015 legte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Operationsbericht des Spitals C.\_\_\_\_ vor, wonach die Beschwerdeführerin am 29. April 2015 erneut am linken Kniegelenk operiert worden war (act. G 20.1).

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

### Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand der vorliegenden Beschwerde bildet der Einspracheentscheid vom 28. März 2014 (Suva-act. 156), dem die Verfügung vom 23. Dezember 2013 (Suva-act. 139) zugrunde liegt. In der Verfügung nahm die Beschwerdegegnerin zunächst Bezug auf ihr Schreiben vom 28. November 2013, worin sie die Einstellung der bisher erbrachten Taggeldleistungen ab 1. Januar 2014 bzw. die Annahme des Erreichens des medizinischen Endzustands per 31. Dezember 2013 angekündigt hatte (Suva-act. 131; vgl. dazu auch Erwägungen 1.2 und 3.). Anschliessend verneinte sie eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und damit einen Rentenanspruch sowie einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Im angefochtenen Einspracheentscheid prüfte die Beschwerdegegnerin nur noch den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente, hingegen nicht mehr denjenigen auf eine Integritätsentschädigung. Der von der Beschwerdegegnerin dafür in der Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2014 (act. G 5) angeführten Begründung, die Verfügung sei betreffend Integritätsentschädigung unangefochten geblieben und in Rechtskraft erwachsen, weshalb die Integritätsentschädigung im vorinstanzlichen Einspracheverfahren nicht Gegenstand einer materiellen Prüfung gewesen sei, kann nicht gefolgt werden. In der Einsprache vom 15. Januar 2014 schilderte Dr. D.\_\_\_\_ ein anhaltendes Beschwerdebild der



Beschwerdeführerin sowie die subjektive Annahme einer weiter bestehenden Arbeitsunfähigkeit, nannte die objektivierbaren Befunde und informierte über die Veranlassung einer MRI-Verlaufsuntersuchung, um residuelle Schäden zu detektieren (Suva-act. 146). Die Einsprachebegründung beinhaltet keinen differenziert formulierten Antrag betreffend Invalidenrente bzw. Integritätsentschädigung. Die Einsprache ist mithin dahingehend auszulegen, dass auch die verfügungsweise Ablehnung der Ausrichtung einer Integritätsentschädigung nicht akzeptiert wurde. Insbesondere mit der Ankündigung weiterer Abklärungen wurde indirekt geltend gemacht, dass der Sachverhalt für den Fallabschluss und damit auch für die Prüfung des Integritätsschadens ungenügend abgeklärt worden sei. Die Beschwerdegegnerin unterliess somit im angefochtenen Einspracheentscheid zu Unrecht eine Prüfung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung und wird sich mit der nicht rechtskräftig erledigten Integritätsentschädigung noch befassen müssen.

1.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Nach Gesetz und Praxis ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuschliessen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und Taggeldleistungen dahin. Die Entschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Das Erreichen des medizinischen Endzustands bildet demgemäss die Voraussetzung für die Prüfung der Rentenfrage und der Integritätsentschädigung. Für die Bejahung des medizinischen Endzustands



wird keine vollständige Schmerzfreiheit vorausgesetzt (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 112 ff. E. 3 und 4; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 143, 145). Ebenfalls nicht verlangt wird, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2). Es genügt jedoch für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (Alfred Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274). Ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2009, 8C\_25/2009, E. 4.1.1 mit Hinweisen). Angesichts des Gesagten kann also ein Endzustand auch in einem Gesundheitszustand mit unfallkausalen Restbeschwerden bestehen, der sich jedoch zumindest im Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit der Rentenprüfung als stabil bzw. beständig darstellen muss. Dies in dem Sinn, dass Invalidität die voraussichtlich bleibende und längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ist (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

1.3 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsgradschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und



dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

2.

2.1 Angesichts der in Erwägung 1.2 angeführten gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Vorab ist mithin zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin als unfallkausal zu beurteilen und damit für die Festlegung ihrer Ansprüche relevant sind.

2.2 Anlässlich des Unfallereignisses vom 18. August 2012 erlitt die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen eine strukturelle Verletzung des linken Kniegelenks in Form einer hochgradigen VKB-Partialruptur und einer medialen Meniskushinterhornläsion (vgl. Suva-act. 21, 31, 34, 38), worauf Dr. E.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin am 28. Februar 2013 arthroskopisch eine mediale Teilmeniskektomie, eine Resektion der Plica mediopatellaris sowie eine partielle intraartikuläre Synovektomie und partielle Hoffa-Resektion vornahm (Suva-act. 52). Diese Sachlage (unbestrittene unfallbedingte Verletzung des linken Knies mit nachfolgender operativer Therapie) bedenkend, anerkennen die Rehaklinik Bellikon und Dr. H.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin schlüssig und nachvollziehbar gewisse Unfallrestfolgen - einen Status nach medialer Teilmeniskektomie und Plicaresektion am 28. Februar 2013 -, obwohl die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom 9. September 2013 und Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. November 2013 über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Abschlussuntersuchung festhielten, dass die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Beschwerdeführerin aufgrund der Diagnosen sowie der klinischen und radiologischen Befunde aus rein somatisch-funktioneller Sicht nur teilweise erklärbar bzw. strukturell nur unzureichend zu begründen seien (Suva-act. 111, 127). Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und Dr. H.\_\_\_\_ gehen davon aus, dass der Beschwerdeführerin angesichts der kniebezogenen Unfallrestfolgen die angestammte Tätigkeit als Maschinenbedienerin in der



Pharmaindustrie nicht mehr zugemutet werden kann und formulieren ein Zumutbarkeitsprofil mit gewissen kniebezogene Einschränkungen (vgl. Sachverhalt Bstb. A.h und A.j). Gestützt auf diese medizinischen Grundlagen anerkennt auch die Beschwerdeführerin begründetermassen kausale Unfallrestfolgen im Bereich des linken Knies.

### 2.3

2.3.1 Laut medizinischen Akten liegt bei der Beschwerdeführerin sodann eine psychische Problematik vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründet (vgl. Suva-act. 111/12 f., 134, act. G 12.1, act. G 14.1 f.). Das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis vom 18. August 2012 erscheint diesbezüglich fraglich. Ab 19. November 2013 befand sich die Beschwerdeführerin bei Psychotherapeutin lic. phil. J.\_\_\_\_ in Behandlung. Dieser gegenüber beschrieb sie laut Bericht vom 2. Dezember 2013 ein umfassendes psychisches Beschwerdebild (Schreckhaftigkeit und Nervosität, Flashbacks, Alpträume, intrusive Bilder und Geräusche vom Unfall im März 2011, vegetative Übererregtheit, Angstzustände, emotionales Betäubtsein), das in Folge eines früheren Unfallereignisses vom März 2011 aufgetreten sei. Lic. phil. J.\_\_\_\_ diagnostizierte eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) aufgrund des Unfalls im Jahr 2011. Als weitere Diagnose stellte sie eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11-F32.2), bestätigte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und erklärte, dass sich die Depression seit dem Unfall vom 18. August 2012 entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin habe ihr gegenüber berichtet, dass eine Knieoperation nur beschränkten Erfolg gebracht habe und sie durch die Einschränkungen infolge des Unfalls und die Knieschmerzen zunehmend deprimiert gewesen sei. Die depressive Symptomatik habe sich verstärkt. Sie habe nochmals einen Wiedereinstieg als Maschinenführerin versucht, doch sei ihr diese Tätigkeit wegen der Kniebeschwerden definitiv nicht mehr möglich gewesen. Im Mai 2013 habe sie infolge Verschlechterung ihres Zustands die Kündigung erhalten (Suva-act. 134). Lic. phil. J.\_\_\_\_ stellte mithin zwar einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der Depression und dem vorliegend zur Diskussion stehenden Unfall vom 18. August 2012 her. Die Schilderungen der Fachleute der Rehaklinik Bellikon im Bericht vom 30. August 2013 über das psychosomatische Konsilium vom 7. August 2013 lassen jedoch



wiederum die Depression nicht ohne weiteres dem Unfallereignis vom 18. April 2012 zuordnen. So beschrieb die Beschwerdeführerin den Fachleuten der Rehaklinik Bellikon gegenüber, dass sie dreieinhalb Jahre zuvor ihre Arbeitsstelle in der Pharmaindustrie nach 21-jähriger Betriebszugehörigkeit verloren habe, was mit einer grossen Kränkung verbunden gewesen sei und zu einer depressiven Episode mit halbjähriger Krankschreibung und psychopharmakologischer Behandlungsbedürftigkeit geführt habe. Nach einer Knieverletzung links im August 2012 sei nach Wiederaufnahme der Arbeit wiederum eine kränkende Kündigung des Arbeitsplatzes erfolgt, was eine depressive Auslenkung zur Folge gehabt habe (Suva-act. 111/12 f.). Die Beschwerdeführerin stellt mit ihren Ausführungen vielmehr vorbestehende sowie unfallfremde Gründe der Depression in den Vordergrund. Ein solcher Sachverhalt wird auch durch die Berichte der die Beschwerdeführerin ab 30. April 2014 behandelnden Psychotherapeutin Med. pract. M.\_\_\_\_ vom 10. sowie 17. Juli und vom 15. Oktober 2014 untermauert (act. G 14.1 ff., act. G 12.1). Diese vermerkt die Diagnosen leichte depressive Episode (ICD-10 F 32.0), Verdacht auf PTSD (ICD-10 F 43.1) mit eventuell Reaktivierung einer traumatischen Situation in der Vorgeschichte der Patientin durch einen Unfall 2011 mit depressiver Begleitsymptomatik bzw. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21) und hält im Bericht vom 15. Oktober 2014 fest, dass sich der Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht objektiv bestätigt habe und die Diagnose für die Leistungsfähigkeit irrelevant sei. Die aktuellen psychiatrischen Beschwerden würden im Zusammenhang mit einer beruflich-sozialen Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion gesehen (act. G 12.1).

2.3.2 Selbst bei Bejahung der natürlichen Kausalität würde es jedoch letztlich am kumulativ vorausgesetzten adäquaten Kausalzusammenhang mangeln (vgl. Erwägung 2.1). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass bezüglich des augenscheinlichen Hergangs des Unfalls vom 18. August 2012 - beim Beachvolleyball fiel eine Mitspielerin auf die Beschwerdeführerin und traf sie am linken Knie - von einem leichten Unfallereignis auszugehen ist (vgl. dazu die Kasuistik in Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 62). Ein derartiger Unfall ist generell nicht geeignet, psychische Folgeschäden zu verursachen, womit ein adäquater Kausalzusammenhang ohne weiteres zu verneinen ist (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 62). Dies bedeutet, dass



die psychische Problematik auch bei der Prüfung der Frage, welche konkreten Leistungen der Beschwerdeführerin zuzusprechen sind, nicht miteinzubeziehen ist.

2.4 Die HWS-Beschwerden sind laut Akten und von Seiten der Beschwerdeführerin unbestritten - wenn auch allenfalls traumatisch bedingt - zumindest nicht auf den im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu beurteilenden Sachverhalt, nämlich den Unfall vom 18. August 2012, zurückzuführen (vgl. dazu Suva-act. 71, 76, 111, 134). Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin wegen HWS-Beschwerden fällt somit ebenfalls ausser Betracht.

3.

3.1 Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, hat jedoch die Beschwerdegegnerin aufgrund der vorliegenden Akten den Fallabschluss per 31. Dezember 2013 zu früh vorgenommen. Der medizinische Endzustand war noch nicht erreicht, womit die Beschwerdegegnerin im fraglichen Zeitpunkt den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung noch nicht hätte prüfen dürfen.

3.2 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids (hier 28. März 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 4 E. 1.2 und 129 V 169 E. 1, je mit Hinweis). Berichte, welche nach diesem Zeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, sofern sie Rückschlüsse in Bezug auf die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung - hier des Fallabschlusses - bestehende Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b, 99 V 101 E. 4, je mit Hinweisen). Soweit Berichte jedoch über nachträgliche Veränderungen als Folge einer Operation oder weiterer Behandlungen eingereicht werden, sind sie nicht relevant. Demgegenüber können solche allenfalls zu einer Revision Anlass geben.

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Datierung des Fallabschlusses auf Feststellungen im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon und im Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung ab (Suva-act. 111/5: verschiedene



therapeutische Massnahmen wurden durchgeführt, es konnte jedoch keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden; Suva-act. 111/6:

Physiotherapie als einzige weitere therapeutische Empfehlung; Massnahmen hinsichtlich der psychischen Problematik durch die IV, andernfalls müsste mit einer weiteren Chronifizierung gerechnet werden; in diesem Fall dürfte wohl eher nichts anderes übrig bleiben, als auf einen Fallabschluss hinzuarbeiten; Suva-act. 127: Beschwerden strukturell nur unzureichend begründet. Diverse therapeutische Massnahmen führten zu keiner Verbesserung, so dass eine namhafte Einflussnahme auf den Gesundheitszustand nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu erreichen ist).

3.3.2 Laut Operationsbericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2015 wurde allerdings bei der Beschwerdeführerin am 29. April 2015, d.h. nach Erlass des streitigen Einspracheentscheids, ein zweifelsohne bedeutsamer operativer Eingriff im Bereich des linken Kniegelenks - eine Ersatzplastik des VKB links mit medialer Teilmeniskektomie Kniegelenk links - vorgenommen (act. G 20.1). Damit rechtfertigt sich die Frage, inwiefern sich die Indikation für den fraglichen Eingriff bereits vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids abzeichnete.

3.3.3 Bezüglich einer gegebenenfalls vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids bestehenden Meniskusproblematik ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen: In seinen Berichten vom 10. Mai und 13. Juni 2013 über die nach der Operation vom 28. Februar 2013 durchgeführten Verlaufsuntersuchungen vom 6. Mai und 12. Juni 2013 notierte Dr. N.\_\_\_\_ negative Meniskuszeichen bzw. hielt fest, dass die medialen und lateralen Meniskuszeichen negativ „scheinen“ würden (Suva-act. 79, 99). Die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2013 hatte zwar ebenfalls keine klaren Meniskuszeichen ergeben, immerhin zeigten sich jedoch bei der Beschwerdeführerin beim McMurray Test Beschwerden im Bereich des medialen Tibiakopfs (Suva-act. 84). Auch bei dem anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 21. November 2013 durchgeführten McMurray Test kam es zu Beschwerden im Bereich der Tuberositas tibiae (Suva-act. 127). Während aber Dr. H.\_\_\_\_ das von der Beschwerdeführerin vorgetragene Beschwerdebild strukturell als unzureichend begründbar und eine namhafte Einflussnahme auf den Gesundheitszustand durch therapeutische Massnahmen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich bezeichnete (Suva-act. 127), teilte Dr. D.\_\_\_\_ Dr. H.\_\_\_\_ am 14. Januar



2014 telefonisch mit, dass er zur Objektivierung der geklagten Beschwerden nochmals eine MRI-Untersuchung veranlassen werde (Suva-act. 145). In der Einsprache vom 15. Januar 2014 ersuchte Dr. D.\_\_\_\_ den Kreisarzt, die Beschwerdeführerin anschliessend zur Reevaluierung anzubieten (Suva-act. 146). Konkret war zwar eine Meniskusproblematik von den Ärzten offenbar nicht angesprochen worden. Zumindest lässt sich dies den eher knappen Akten über die Gespräche nicht entnehmen. Doch stellte sodann das Röntgeninstitut K.\_\_\_\_ aufgrund des Ergebnisses ihrer am 24. Januar 2014, d.h. also vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids, durchgeführten MRI-Untersuchung immerhin den Verdacht auf einen horizontal longitudinalen kleinen Rezidivriss am Hinterhorn (Suva-act. 149). Bei der Operation vom 28. Februar 2013 hatte man lediglich eine Teilmeniskektomie vorgenommen, was laut medizinischer Literatur durchaus zu einem Rezidiv bzw. einem neuen Meniskusriss führen und eine Nachresektion erforderlich machen kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage Bern 2005, S. 1061; vgl. Suva-act. 149: „Restmeniskushinterhorn mit einer flüssigkeitsintensiven, in die Unterfläche einstrahlenden Signalalteration“). Trotz des vorgenannten Verdachts bestätigte Dr. H.\_\_\_\_ in einem weiteren Telefongespräch mit Dr. D.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2014 (Suva-act. 152), dass aufgrund der Bildgebung chirurgisch keine operative Intervention gerechtfertigt und eine nochmalige kreisärztliche Untersuchung nicht notwendig sei. Zum Verdacht auf ein Meniskusrissrezidiv nahm Dr. H.\_\_\_\_ in keiner Weise Stellung. Die MRI-Untersuchung vom 24. Januar 2014 war wohl zentral zur Klärung der Situation des VKB veranlasst worden. Entsprechend stand offensichtlich einzig die vernarbte Partialruptur des VKB, welche sich im MRI unverändert darstellte, im Fokus des Gesprächs. Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte sodann Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ von Ende Dezember 2013 bzw. Januar 2014, welche die Auffassung von Dr. H.\_\_\_\_ bestätigen würden. Solche liegen jedoch nicht bei den Akten. Zweifelsohne erst, aber immerhin, im Rahmen der MRI-Untersuchung im Spital C.\_\_\_\_ am 22. Januar 2015 konnte dann ein erneuter Einriss am Innenmeniskushinterhorn eindeutig bestätigt werden (act. G 18.3). Dies, obwohl der klinische Meniskustest unmittelbar zuvor am 20. Januar 2015 - wie auch schon früher (vgl. Suva-act. 79, 84, 99) - noch negativ gewesen war. Der erneute Einriss am Innenmeniskushinterhorn bedurfte schliesslich unbestrittenermassen der Operation vom 29. April 2015. Angesichts der dargelegten Sachlage kann mithin im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids insofern nicht von



einem stabilen, beständigen, d.h. einen Fallabschluss rechtfertigenden Gesundheitszustand hinsichtlich des Meniskus gesprochen werden, als zwischen der medizinischen Situation vor und nach Erlass des Einspracheentscheids ohne weiteres ein sachlicher Zusammenhang hergestellt werden kann und von der Operation vom 29. April 2015 eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden durfte. Der unauffällige Röntgenbefund der Rehaklinik Bellikon vom 5. August 2013 vermag diese Schlussfolgerung nicht in Frage zu stellen. Auch die Röntgenuntersuchung vom 20. Januar 2015 hat nämlich bei bereits bestehender Reruptur im Meniskushinterhorn keine auffälligen Befunde ergeben (vgl. act. G 18.2). Aus den Berichten der Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ vom 29. Januar sowie vom 16. und 18. Februar 2015 über solche nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids durchgeführten Untersuchungen vom 20. Januar sowie 3. und 9. Februar 2015 lässt sich nichts Gegenteiliges ableiten. Im Sprechstundenbericht vom 16. Februar 2015 wird festgehalten, dass mit einer weiteren Teilmeniskektomie die akuten Meniskusschmerzen angegangen werden könnten (act. G 18.3). Es erscheint damit nicht abwegig, dass bereits die im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids von der Beschwerdeführerin geklagten Kniebeschwerden auf das Meniskusrediziv zurückzuführen waren. Die Beschwerdeführerin beschrieb sodann anlässlich der Untersuchungen im Spital C.\_\_\_\_ vermehrte starke Kniegelenksschmerzen links seit Jahreswechsel (2014/2015) und in den Berichten wird eine Reruptur im Meniskushinterhorn im Dezember 2014 diagnostiziert (act. G 18.2 ff.). Die Angabe „wieder vermehrter starker Kniegelenksschmerzen links“ spricht indessen nicht gegen das Vorliegen vorbestehender Schmerzen, worauf auch die laut Anamnese im Bericht vom 29. Januar 2015 letztmals im September 2014 stattgefundene Corticosteroid-Infiltration hindeutet. Eine Datierung der Reruptur im Meniskushorn auf den Dezember 2014 lässt sich sodann anhand der medizinischen Akten nicht explizit begründen. Eine Erklärung für die fragliche Datierung könnte vielmehr in der subjektiven Schmerzschilderung der Beschwerdeführerin sowie dem Zeitpunkt der ersten Untersuchung gesehen werden.

3.3.4 Hinsichtlich der Partialruptur des VKB stellte sich der Gesundheitszustand im Verlauf trotz geklagter Beschwerden objektiv stabiler bzw. gleichmässiger dar. Die Partialruptur des VKB an sich wurde bei der Operation vom 28. Februar 2013 nicht therapiert. Sie wurde nur konservativ, insbesondere mit Physiotherapie, behandelt. Bei den nachfolgenden ärztlichen Untersuchungen zeigte sich bis zum Zeitpunkt des



Erlasses des Einspracheentscheids keine namhafte Instabilität des Kniegelenks und das Untersuchungsergebnis des Schubladentests rechtfertigte - auch wenn es sich nicht vollumfänglich unauffällig zeigte (verlängertes vorderes Schubladenphänomen) - offensichtlich keine weitere operative Intervention (vgl. Suva-act. 79, 84, 99, 127, 145). Im letzten MRI vom 24. Januar 2014 vor Erlass des Einspracheentscheids zeigte sich die vernarbte VKB-Partialruptur gleichfalls unverändert (vgl. Suva-act. 149, 152). Bei der Operation vom 29. April 2015 wurde die VKB-Läsion des linken Kniegelenks zur Verbesserung der Kniegelenkinstabilität zwar mit einer Ersatzplastik behandelt. Die Indikation der Kniegelenkinstabilität war jedoch offenbar eher subjektiv ausgeprägt und objektiv nur von geringgradigem Ausmass (vgl. act. G 18.2 und G 18.3). Eine Veränderung des Gesundheitszustands betreffend die VKB-Ruptur vor und nach Erlass des Einspracheentscheids kann den medizinischen Akten somit nicht wirklich entnommen werden, womit diesbezüglich die Annahme eines Endzustandes per 31. Dezember 2013 grundsätzlich folgerichtig erscheint. Die Operation vom 29. April 2015 ist derart zu werten, dass die Lösung der lange Zeit geklagten Beschwerden nun doch in einer operativen Massnahme gesehen wurde.

3.4 Im MRI vom 22. Januar 2015 hat sich nun zusätzlich einebeginnende Gonarthrose gezeigt (act. G 18.3), die mit der Operation vom 29. April 2015 nicht angegangen werden konnte. Laut den Ärzten des Spitals C.\_\_\_\_ werden damit Restschmerzen verbleiben. Angesichts der Ausführungen in Erwägung 3.3.3, aber auch in Anbetracht der Gesamtsituation mit der in Erwägung 3.3.4 dargestellten neuen Sachlage (Ersatzplastik des VKB) und der sich neu entwickelten Gonarthrose rechtfertigt es sich, nicht bereits per 31. Dezember 2013 von einem Endzustand auszugehen und die Rentenprüfung sowie Prüfung des Integritätsschadens vorzunehmen. Die Annahme, dass die Operation vom 29. April 2015 und die Gonarthrose eine veränderte Ausgangslage im Rahmen der Bemessung der Versicherungsleistungen bilden könnten bzw. sich hinsichtlich der kausalen Unfallrestfolgen im Bereich des linken Kniegelenks eine veränderte Situation ergeben haben könnte, ist nicht unbegründet. Die Sache ist mithin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Zusammenhang mit der Knieproblematik links die konkreten Ansprüche der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen ab 1. Januar 2014 im Sinn der Erwägungen neu prüft.

4.



## St.Galler Gerichte

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 28. März 2014 gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme der Prüfung der Ansprüche der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen ab 1. Januar 2014 und zu neuer Verfügung zurückgewiesen.

4.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung ist pauschal auf Fr. 3'500.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 28. März 2014 aufgehoben und die Angelegenheit zur Prüfung der konkreten Ansprüche der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen ab 1. Januar 2014 im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen