



Fall-Nr.: UV 2014/97
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 27.09.2016
Entscheiddatum: 27.09.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 27.09.2016

Art. 6 UVG: Unzureichender Nachweis der Verneinung einer Unfallkausalität von arthroskopisch therapierten strukturellen Gesundheitsschäden am Knie sowie des Dahinfallens der Unfallkausalität von Kniebeschwerden über das Leistungseinstellungsdatum hinaus. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. September 2016, UV 2014/97). Entscheid vom 27. September 2016

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichts-schreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2014/97

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Produktionsmitarbeiter bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 15. Dezember 2012 einen Skiunfall erlitt. In der Schadenmeldung UVG vom 18. Dezember 2012 beschrieb die Arbeitgeberin einen Sturz auf das linke Knie und das linke Hüftgelenk und Verletzungen derselben. Als Art der Schädigung wurden eine Meniskusläsion und eine Quetschung notiert. Weiter wurde eine Arbeitsunfähigkeit vermerkt (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 21. Dezember 2012 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 15. Dezember 2012 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) zu (Suva-act. 2). Am 10. Januar 2013 reichte der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, das Arztzeugnis UVG ein, worin er eine Erstbehandlung am 18. Dezember 2012 sowie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Dezember 2012 bis 8. Januar 2013 bzw. eine Arbeitsaufnahme zu 100% ab 9. Januar 2013 bestätigte und eine Hüftkontusion rechts diagnostizierte (Suva-act. 9/1, vgl. auch Suva-act. 6). Im Unfallschein UVG vermerkte Dr. C.____ sodann Konsultationen vom 4. Januar, 12. Februar und 5. März 2013 (Suva-act. 14, 17). Auf Zuweisung von Dr. C.____ hatte ausserdem am 24. Dezember 2012 eine MRT-Untersuchung des rechten Hüftgelenks und linken Kniegelenks im Röntgeninstitut D.____ durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie, stattgefunden (Suva-act. 9/2).

A.b Am 14. Mai 2013 liess der Versicherte durch seine Arbeitgeberin einen „Rückfall“ zum Unfall vom 15. Dezember 2012 mit einer Arbeitsunfähigkeit seit 7. Mai 2013 melden (Suva-act. 13).



A.c Laut Unfallschein UVG stand der Versicherte seit 18. März 2013 bei Dr. med. F.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM) in Behandlung (Suva-act. 14, 17). Der Orthopäde stellte in einem einfachen Bericht an die Suva vom 16. Mai 2013 die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen femoropatellären Chondropathie links. Der Versicherte werde diesbezüglich physiotherapeutisch (vgl. dazu Suva-act. 21) und medikamentös behandelt. Am 6. Mai 2013 habe zudem eine Infiltration mit Kortison stattgefunden (Suva-act. 16, vgl. auch Suva-act. 20). Am 21. Mai 2013 nahm der Versicherte seine Arbeit wieder auf (Suva-act. 17 f.). Am 3. Juni 2013 attestierte ihm jedoch Dr. F.____ ab 4. Juni 2013 neuerlich eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 26).

A.d Am 11. Juni 2013 diagnostizierte Dr. F.____ beim Versicherten arthroskopisch eine Chondropathie Grad IV des medialen Femurcondylus und Grad II bis III des lateralen Tibiaplateaus sowie eine mediale Meniskusläsion links, worauf er arthroskopisch eine mediale Teilmeniskektomie sowie ein Shaving durchführte und zum Erzeugen eines Ersatzknorpels Mikrofrakturen im Bereich des medialen Femurcondylus setzte (Suva-act. 30). Im Zusammenhang mit der Operation war der Versicherte seit 10. Juni 2013 zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 31).

A.e Am 26. Juni 2013 legte die Suva den Operationsbericht vom 12. Juni 2013 betreffend die Operation vom 11. Juni 2013 ihrem Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, spez. Allgemein Chirurgie und Unfallchirurgie, zur Beantwortung der Frage vor, ob sie weiterhin davon ausgehen könne, dass in Bezug auf die Operation eine mindestens überwiegend wahrscheinliche unfallbedingte Ursache der Kniebeschwerden nicht gegeben sei. Dr. G.____ antwortete gleichentags, dass die im Operationsbericht beschriebenen Veränderungen der Chondropathie und des Meniskus im MRT nicht sichtbar seien und deshalb zum Vergleich die intraoperativen Videoprints bei Dr. F.____ einzuholen seien (Suva-act. 32, 36, 39). Am 6. September 2013 teilte eine Mitarbeiterin von Dr. F.____ der Suva telefonisch mit, dass es keine Videoprints der Operation gebe (Suva-act. 41).

A.f Am 11. September 2013 erfolgte eine weitere MRT-Untersuchung des linken Knies durch Dr. med. H.____, Facharzt medizinische Radiologie FMH, Radiologie I.____ (Suva-act. 48). Dr. F.____ stellte hierauf am 26. September 2013 fest, dass das MRT eine



St.Galler Gerichte

partielle Regeneration des Knorpels am medialen Femurcondylus zeige (Suva-act. 49). Ab 14. Oktober 2013 attestierte Dr. C.____ dem Versicherten eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 53, vgl. auch Suva-act. 57, 59).

A.g Am 5. November 2013 legte die Suva Dr. G.____ den MRT-Untersuchungsbericht vom 11. September 2013 mit derselben Kausalitätsfrage, wie sie sie bereits am 26. Juni 2013 formuliert hatte, vor (Suva-act. 65). Dr. G.____ gab der Suva daraufhin Kenntnis über ein Schreiben an Dr. F.____ vom 25. November 2013, worin er diesen aufforderte, die Videoprints - falls diese doch noch eruierbar sein sollten - abzugeben und ihm mitteilte, dass er den Radiologen nochmals bitten werde, die MRT-Bilder vom 24. Dezember 2012 zu analysieren. Weiter ersuchte er Dr. F.____, seine eigene Interpretation der gefundenen Pathologien zurückzumelden (Suva-act. 66).

A.h Inzwischen hatte der Versicherte am 11. November 2013 einen Arbeitsversuch zu 100% unternommen (Suva-act. 62 f.), hatte jedoch das Pensum ab 18. November 2013 wieder auf 50% reduzieren müssen (Suva-act. 63, vgl. auch Suva-act. 72, 74).

A.i Am 4. Dezember 2013 fand zwischen einem Mitarbeiter der Suva und dem Versicherten eine Besprechung statt (Suva-act. 70). Ab 13. Januar 2014 bestand beim Versicherten nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 25% (Suva-act. 75, 77, 87, 90, 96).

A.j Mit Schreiben vom 22. Januar 2014 nahm Dr. F.____ gegenüber der Suva zum Schreiben von Dr. G.____ vom 25. November 2013 Stellung (Suva-act. 85), worauf die Suva Dr. G.____ erneut die Frage nach der Unfallkausalität der Kniebeschwerden stellte (Suva-act. 86). Mit Schreiben vom 5. Februar 2014 ersuchte Dr. G.____ den Radiologen Dr. E.____ unter Kenntnis der intraoperativen Befunde um nochmalige Evaluierung des MRT vom 24. Dezember 2012, vor allem hinsichtlich der unterschiedlichen Knorpel- und Meniskusbefunde. Es stelle sich für ihn, Dr. G.____, die Frage, ob es sich dabei um im Verlauf entstandene neue Läsionen handle oder ob diese retrospektiv bereits im MRT sichtbar gewesen seien (Suva-act. 88). Am 10. Februar 2014 reichte Dr. E.____ seine Beurteilung ein (Suva-act. 89). Dr. G.____ stellte daraufhin in seiner ärztlichen Beurteilung vom 13. Februar 2014 fest, dass die versicherungsmedizinische Aktenlage nach wie vor unklar sei, weshalb er eine Kontaktaufnahme mit dem Radiologen zur Befundung des Verlaufs-MRT bezüglich Meniskussituation im Hinterhornanteil nach



St.Galler Gerichte

Unterbreiten der Kenntnis bezüglich der Teilmeniskektomie (Operationsbericht) empfehle (Suva-act. 91). In diesem Sinne gelangte Dr. G.____ mit Schreiben vom 18. Februar 2014 an Dr. H.____ (Suva-act. 92). Dr. med. J.____, ebenfalls Facharzt für Radiologie FMH der Radiologie I.____, erhob am 28. Februar 2014 einen Zusatzbefund (Suva-act. 93).

A.k Am 7. März 2014 nahm Dr. G.____ abschliessend zur Frage der Suva Stellung, ob die Kniebeschwerden mindestens überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 15. Dezember 2012 zurückzuführen seien bzw. weiterhin davon ausgegangen werden könne, dass eine mindestens überwiegend wahrscheinliche unfallbedingte Ursache der Kniebeschwerden nicht vorliege (Suva-act. 94 f.).

A.l Mit Schreiben vom 14. März 2014 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass aufgrund der Beurteilung ihres Kreisarztes vom 7. März 2014 die Operation vom 10. Juni 2013 nicht mehr unfallbedingt bzw. nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 15. Dezember 2015 zurückzuführen sei. Die Suva könne für die Operation keine Versicherungsleistungen erbringen. Sie habe für die Folgen des Unfalls abgesehen von der Operation bis am 31. Oktober 2013 die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Taggeldern und Heilungskosten erbracht. Es werde auf eine Rückforderung der bisher erbrachten Leistungen verzichtet (Suva-act. 98). Am 15. Mai 2014 nahm die CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen, zum Schreiben der Suva Stellung und ersuchte um Zustellung einer anfechtbaren Verfügung, sollte die Suva weiterhin der Meinung sein, dass zwischen dem Unfall und der Operation kein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe (Suva-act. 105). Mit Verfügung vom 17. Juni 2014 bestätigte die Suva ihre Ablehnung, die Kosten der Operation vom 10. Juni 2013 zu übernehmen und über den 31. Oktober 2013 hinaus Versicherungsleistungen zu erbringen (Suva-act. 107).

B.

Die gegen diese Verfügung von der Rechtsschutzversicherung des Versicherten am 13. August 2014 erhobene Einsprache (Suva-act. 110) wurde von der Suva mit Einspracheentscheid vom 27. November 2014 abgewiesen (Suva-act. 116).



C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Baumann, St. Gallen, mit Eingabe vom 23. Dezember 2014 Beschwerde erheben. Darin wurde beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 27. November 2014 und damit auch die Verfügung vom 17. Juni 2014 seien vollumfänglich aufzuheben. Es sei festzustellen, dass eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Beschwerdeführer für die Folgen des Unfallereignisses vom 15. Dezember 2012 bzw. die aus diesem resultierenden Kniebeschwerden links bestehe, bzw. die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (Behandlungskosten, Wegkosten, Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung etc.), ab wann rechtens, zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer, insbesondere medizinischer Abklärungen im Sinne der nachstehenden Ausführungen zurückzuweisen, damit nach Vorliegen der Abklärungsergebnisse neu über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers verfügt werden könne, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 10. März 2015 bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Anträge (act. G 6). Mit Schreiben vom 20. April 2015 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihrerseits den Antrag auf Abweisung der Beschwerde, verzichtete aber auf eine einlässliche Duplik. Sie hielt lediglich fest, dass bezeichnenderweise in der Replik auf jegliche Einwände gegen die Ausführungen unter den Ziffern 5.1 und 5.2 der Beschwerdeantwort verzichtet worden sei, womit die Richtigkeit derselben stillschweigend und konkludent anerkannt worden sei (act. G 8 f.). Mit Schreiben vom 29. April 2015 nahm der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu dieser Äusserung Stellung (act. G 10).



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.

Am 18. Dezember 2012 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin durch seine Arbeitgeberin einen Skiunfall vom 15. Dezember 2012 melden (Suva-act. 1). Am 14. Mai 2013 folgte eine weitere Schadenmeldung bzw. die Meldung eines „Rückfalls“ zum Unfall vom 15. Dezember 2012 (Suva-act. 13). Unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer bei besagtem Unfall eine Kontusionsverletzung der linken Hüfte zugezogen hat, für welche die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkennt und entsprechend Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) erbracht hat. Die Hüftgelenksverletzung verheilte noch vor der Schadenmeldung vom 14. Mai 2013 und ist damit nicht Inhalt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Die vorgenannte Schadenmeldung erfolgte also nur noch wegen Kniebeschwerden links (vgl. dazu Suva-act. 16, 20, 70). Am 11. Juni 2013 wurde der Beschwerdeführer von Dr. F.____ am linken Knie operiert (Suva-act. 30). Die Beschwerdegegnerin ist für die Kosten der Untersuchungen und Heilbehandlungen des linken Knies bis 31. Oktober 2013 - die Kosten der Operation vom 11. Juni 2013 ausgenommen - aufgekommen und hat während der Arbeitsunfähigkeit Taggelder geleistet. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die Knieoperation und über den 31. Oktober 2013 hinaus für die Kniebeschwerden links leistungspflichtig ist. Nachdem damit die Rechtmässigkeit einer Leistungseinstellung (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 2.2 und 3) zu beurteilen ist, muss die Frage, ob es sich bei der Schadenmeldung vom 14. Mai 2013 um eine Rückfallmeldung handelte (vgl. dazu Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) oder ob von einem fortdauernden Grundfall auszugehen gewesen wäre, nicht geprüft werden.

2.



2.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen ihrer Leistungspflicht - das Vorliegen eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung - zutreffend dar (Erwägung 1.a. und b.; BGE 129 V 181 f. E. 3; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich 2012, S. 53 ff.). Darauf kann verwiesen werden. Hinzuzufügen ist, dass bei physischen Unfallfolgen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang keine selbständige Bedeutung hat (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen, BGE 127 V 103 E. 5b/bb).

2.2 Ergänzend ist ausserdem festzuhalten, dass bei einmal gegebener Unfallkausalität die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2015, N 46 ff. zu Art. 43 ATSG; BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 126 V 353 E. 5b).

3.

3.1 Indem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht - wie dargelegt - auch in Bezug auf die Schadenmeldung vom 14. Mai 2013 anerkennt, die Leistungen jedoch ab 31. Oktober 2013 gesamthaft eingestellt hat, steht im vorliegenden Fall ein anspruchsaufhebender Sachverhalt zur Diskussion, für welchen die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt. Die genannte Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn 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 (vgl. BGE 138 V 222 E. 6 und BGE 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 27. März



2008, 8C_540/2007, E. 4.3.2; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.).

3.2 Der Umstand, dass die Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid anders als zuvor damit begründet wird, die Ausrichtung von Leistungen für die Kniegelenksproblematik sei wahrscheinlich falsch gewesen (vgl. Erwägung 3 des Einspracheentscheids), ändert an obgenannter Beweislastverteilung nichts. Im vorliegenden Verfahren ist - wie erwähnt - die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen. Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer - wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt - bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlungen und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision (vgl. dazu Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) einzustellen, da eine solche Leistungseinstellung kein Zurückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet. Die Beschwerdegegnerin durfte also auf ihren Entscheid der Anerkennung einer Unfallkausalität der Kniegelenksproblematik links ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel zurückkommen, dies mit der Begründung, es habe in Bezug auf den am 14. Mai 2013 gemeldeten Schaden gar nie eine Unfallkausalität vorgelegen.

4.

4.1 Massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung ist die unmittelbar nach dem Unfall gestellte Unfalldiagnose. In zeitlicher Hinsicht spielt der Verlauf der erhobenen Befunde erfahrungsgemäss in dem Sinne eine Rolle, dass in der Regel nur ein beim Unfall verletzter Körperteil nachfolgend Beschwerden zeitigen kann, relevante Verletzungen zu Schmerzen führen und daher unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert werden.

4.2 Eine erste ärztliche Behandlung nach dem Unfall vom 15. Dezember 2012 fand am 18. Dezember 2012 durch Dr. C.____ statt. Im entsprechenden Arzteugnis UVG vom



10. Januar 2013 hielt dieser einzig hüftbezogene Befunde sowie die Diagnose einer Hüftkontusion rechts fest und vermerkte als Angaben des Patienten einen Sturz beim Skifahren sowie eine Prellung im Hüftbereich rechts (Suva-act. 9). In Übereinstimmung mit dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers kann allein daraus nicht abgeleitet werden, das linke Knie sei vom Unfall nicht betroffen gewesen. Bereits in der Schadenmeldung vom 18. Dezember 2012 (Suva-act. 1) wurde das linke Knie als vom Unfall betroffener Körperteil bezeichnet und wurden als Schädigung eine Meniskusläsion sowie eine Quetschung genannt. Zu bemerken ist ausserdem, dass Dr. C.____ den Beschwerdeführer infolge der Erstbehandlung vom 18. Dezember 2012 mit der Indikation „Sturz bei Skifahren mit Prellung der rechten Hüfte und Distorsion des Knie links. Meniskusläsion links? Posttraumatische Veränderung Hüfte rechts?“ einer MRT-Untersuchung sowohl des rechten Hüftgelenks, aber auch des linken Kniegelenks zuwies und diese Untersuchungen am 24. Dezember 2012 durch Dr. E.____ durchgeführt worden sind (Suva-act. 9). Es ist wohl kaum anzunehmen, dass eine solch kostspielige Untersuchung ohne medizinischen Grund bzw. ohne irgendwelche unfallnahen Kniebeschwerden links oder zumindest ohne die subjektive Schilderung einer Kniebeeinträchtigung vorgenommen worden wäre. Nachvollziehbar erscheint ausserdem der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hergestellte Zusammenhang zwischen der von Dr. C.____ offensichtlich echtzeitlich unter anderem auch kniebezogen gewürdigten Problematik und der nachfolgenden Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 18. Dezember 2012. Ohne Ersteres wäre der Inhalt letzterer wohl kaum zustande gekommen.

4.3 Nicht in Abrede stellen lässt sich sodann die Feststellung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, dass die Akten nach der MRT-Untersuchung vom 24. Dezember 2012 weiterhin und ununterbrochen bis zum Erlass der Verfügung Kniebeschwerden links dokumentieren. Gemäss Unfallschein UVG fanden am 4. Januar, 12. Februar und 5. März 2013 weitere Konsultationen bei Dr. C.____ statt. Eine erste Sprechstunde bei Dr. F.____ erfolgte alsdann am 18. März 2013, anlässlich welcher dieser dem Beschwerdeführer eine Physiotherapie-Verordnung mit der Diagnose Verdacht auf Chondropathie femoropatellär links ausstellte (Suva-act. 14, 17, 21 und 26; vgl. auch 70). Am 28. März 2013 erklärte der Beschwerdeführer die ärztliche Behandlung als nicht abgeschlossen und wies auf eine nächste Konsultation am 6. Mai 2013 hin (Suva-act. 11; bestätigt in Unfallschein UVG [Suva-act. 14, 17 und 26]). Am 26. April 2013



stellte Dr. F.____ eine weitere Physiotherapie-Verordnung mit besagter Diagnose aus (Suva-act. 79). Der erste, in den Akten dokumentierte ärztliche Bericht von Dr. F.____ vom 10. Mai 2013 betrifft die Konsultation vom 6. Mai 2013, worin dieser die Diagnose in der Physiotherapie-Verordnung wiederholte und über eine Infiltration des linken Knies mit Kortison berichtete (Suva-act. 20). Nach einem weiteren kniebezogenen Bericht vom 16. Mai 2013 (Suva-act. 16) führte er am 11. Juni 2013 am linken Knie des Beschwerdeführers arthroskopisch eine mediale Teilmenishektomie sowie ein Shaving durch und setzte Mikrofrakturen im Bereich des medialen Femurcondylus (Suva-act. 30). In der Folge befand sich der Beschwerdeführer wegen anhaltender Schmerzen im Bereich des linken Knies regelmässig bei Dr. F.____, zwischendurch auch bei Dr. C.____, in Behandlung, ging in die Physiotherapie und war voll oder teilweise arbeitsunfähig. Wegen persistierender Schmerzen im linken Knie wurde zudem am 11. September 2013 eine weitere MRT-Untersuchung durchgeführt (vgl. Suva-act. 31, 34 f., 37 f., 40, 42, 47 ff., 51 f., 57 ff., 61 f., 64, 70, 72, 74, 77). Mit Verfügung vom 17. Juni 2014 stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Oktober 2013 ein (Suva-act. 107). Mit Blick auf diesen Verlauf ist festzustellen, dass seit dem Unfall vom 15. Dezember 2012 bzw. der MRT-Untersuchung vom 24. Dezember 2012 hinsichtlich Untersuchung und Behandlung der Knieproblematik links sowie der daraus resultierten Arbeitsunfähigkeiten bis zum Erlass der Verfügung eine eindeutige Brückensymptomatik bestanden hat.

4.4 Angesichts des in den Erwägungen 4.2 und 4.3 Gesagten ist mithin eine Unfallkausalität der Knieproblematik nicht ausgeschlossen. An dieser Stelle ist anzufügen, dass die Regel „post hoc ergo propter hoc“ allgemein juristisch gesehen zwar nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen vermag (vgl. dazu ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; KIESER, a.a.O., N 69 zu Art. 4 ATSG; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Die blosse zeitliche Abfolge stellt jedoch nur in solchen Fällen einen ungenügenden Beweis dar, in denen das Vorliegen einer strukturellen Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden kann und nachfolgend keine Brückensymptome vorliegen. Es ist somit zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. Dezember 2012 eine Knieverletzung links zugezogen hat, welche für die Brückensymptome über den 31. Oktober 2013 hinaus verantwortlich gemacht



werden kann. Mit dem alleinigen Vorliegen eines Gesundheitsschadens am linken Knie ist nämlich nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich dessen Unfallkausalität ausgewiesen. So führt nicht jeder Unfall zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden, strukturellen Verletzung, dass anhaltende Beschwerden deren Folge oder eine operative Behandlung die Notwendigkeit wären (vgl. beispielsweise ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 412 „Weichteilverletzungen“; vgl. nachfolgende Erwägung 5).

5.

5.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (Röntgen, Computertomogramm, MRT, Arthroskopie) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2).

5.2 Dr. F.____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer am 11. Juni 2013 arthroskopisch eine Chondropathie Grad IV des medialen Femurcondylus und Grad II bis III des lateralen Tibiaplateaus sowie eine mediale Meniskuläsion links. Die genannten Gesundheitsschäden wurden direkt arthroskopisch behandelt (Suva-act. 30). Hierbei handelt es sich eindeutig um organische Substrate bzw. strukturelle Gesundheitsstörungen, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1047 f., 1058 f.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1204; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 381, 1339; LEITLINIEN DER ORTHOPÄDIE, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 142). Sie stellen sodann grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen dar, können aber auch als Folge eines Traumas auftreten (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 1049, 1056 ff.; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 326; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 381, 1339; LEITLINIEN DER ORTHOPÄDIE,



a.a.O., S. 141). Dahingehend und im Sinne des in den Erwägungen 4.4 und 5.1 Gesagten stellte Dr. G.____ dem Radiologen Dr. E.____ mit Schreiben vom 5. Februar 2014 die Frage, ob hinsichtlich der intraoperativ erhobenen Befunde (Knorpel- und Meniskusbefunde) von im Verlauf entstandenen neuen Läsionen auszugehen sei oder ob diese retrospektiv bereits im MRT vom 24. Dezember 2012 (Suva-act. 9) sichtbar gewesen seien (Suva-act. 88). Die besagte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks brachte normale Menisken zur Darstellung, insbesondere ohne Hinweis auf einen meniskalen Einriss und mit nur leichter mukoider Degeneration der Hinterhörner medial und lateral. Im Übrigen waren eine kleine Plica mediopatellaris, ein normales Femoropatellargelenk sowie minim vermehrte Gelenkflüssigkeit mit kleinster Baker-Zyste erkennbar. Die ligamentären Strukturen waren ebenfalls normal. Es ist unbestritten, dass das echtzeitlich erstellte MRT also weder eine Meniskusläsion noch eine Knorpelschädigung bzw. Chondropathie zutage förderte. Dr. G.____ zieht daraus in seiner Beurteilung vom 7. März 2014 (Suva-act. 95) den Schluss, die Operation vom 11. Juni 2013 sei zur Behandlung degenerativer Veränderungen notwendig gewesen und nicht zur Behebung struktureller Unfallfolgen erfolgt. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermag sein Beurteilungsergebnis nicht zu überzeugen.

5.3

5.3.1 Die vom erfahrenen Orthopäden Dr. F.____ arthroskopisch erhobenen Befunde an sich werden nicht angezweifelt. Dass sie nicht mit den MRT-Befunden übereinstimmen, hat er mit einer statistischen Erkenntnis begründet, welche Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 7. März 2014 (Suva-act. 95) implizit zu teilen scheint. Im konkreten Fall kann bei uneinheitlichen Befunden aus MRT und Arthroskopie nicht ohne weiteres der MRT-Befund bevorzugt werden. Immerhin wurde die Indikation für die MRT-Untersuchung in einer Meniskusläsion links gesehen (Suva-act. 9) und Dr. F.____ stellte bereits vor der Arthroskopie, erstmals im März 2013, gestützt auf eine klinisch erhobene femoropatelläre Problematik (reduzierter Quadrizepstonus und Patellaverschiebeschmerz mit retropatellärem Reiben) die Verdachtsdiagnose einer femoropatellären Chondropathie (Suva-act. 16, 20 f.). Es trifft zwar zu, dass Dr. F.____ in seinen Berichten vom 10. und 16. Mai 2013 keine Verdachtsdiagnose betreffend eine Meniskusläsion stellte (Suva-act. 16, 20). Der im Operationsbericht vom 12. Juni 2013 festgehaltenen Indikation für die Arthroskopie ist jedoch zu entnehmen, dass sich im



weiteren Verlauf ein zunehmend positives Meniskuszeichen gezeigt hatte (Suva-act. 30). Das Diagnoseergebnis der Arthroskopie steht damit nicht zusammenhangslos im Raum. Der Zeitraum zwischen MRT und Arthroskopie ist zudem mit rund einem halben Jahr so kurz, dass eine rein degenerativ bedingte Chondropathie von Grad IV bzw. Grad II bis III gegenüber einer unfallbedingten Chondropathie nicht wahrscheinlicher erscheint. Im MRT-Untersuchungsbericht wurde weder eine unfall- noch eine degenerativ bedingte Meniskusläsion und Chondropathie festgehalten. Rückwirkend betrachtet steht mithin nicht überwiegend wahrscheinlich fest, dass die fraglichen Gesundheitsschäden degenerativ bedingt sind. Zu bemerken ist ausserdem, dass Dr. G.____ den in der medizinischen Literatur für Knorpelschäden als typisch beschriebenen Unfallmechanismus der Kontusion (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 1049) unerwähnt liess.

5.3.2 Die retrospektive Beurteilung von Dr. E.____ vom 10. Februar 2014 (Suva-act. 89) bringt keine Klarheit in Richtung einer unfallfremden Meniskusläsion und Chondropathie. Der Radiologe konstatierte im medialen Femurkondylus eine Knorpelschädigung mit Knorpellukus lokal mit jedoch normaler Darstellung des darunterliegenden Knochens bzw. ohne ossäre Mitbeteiligung. Inwiefern eine solche für die Verifizierung einer traumatisch bedingten Chondropathie zusätzlich gefordert ist, ist nicht nachvollziehbar. Eine zusätzliche ossäre Verletzung könnte auch bloss als umfassendere bzw. schwerwiegendere Verletzung verstanden werden. Ohne eine solche bleibt es jedoch retrospektiv bei der Feststellung einer Chondropathie. Der Meniskus medially zeigt laut Dr. E.____ höchstens eine leichte zentrale Signalsteigerung. Ein meniskaler Einriss sei auch retrospektiv nicht zu diagnostizieren. Höchstens im Corpusbereich sei eine kleinste Konturalteration der tibialen Oberfläche des Meniskus sichtbar. Laut Dr. G.____ liegt damit keine gesicherte Meniskusruptur, sondern eine intrameniskale Problematik vor, die dem Alter des Beschwerdeführers entsprechen könne (Suva-act. 95-4). Wie bereits erwähnt, bedeutet der Umstand, dass der arthroskopisch erhobene Meniskusriss retrospektiv nicht auch im MRT gesehen werden konnte, nicht automatisch, dass der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2014 keinen Meniskusriss erlitten hat. Inwiefern ein intraoperativ intaktes vorderes Kreuzband gegen einen unfallbedingten Meniskusriss spricht, wird von Dr. G.____ nicht ausgeführt. In der medizinischen Literatur werden der Meniskus- und der Kreuzbandriss als Kombinationsverletzungen und als eigenständige Verletzungen beschrieben (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1107 „Kniegelenkbandruptur“, S. 1155,



1339; DEBRUNNER, a.a.O., S. 1098 „Risse des hinteren Kreuzbandes sind ..., meist von weiteren Verletzungen begleitet [..., Menisken]“; LEITLINIEN DER ORTHOPÄDIE, a.a.O., S. 141 ff.). Dass die beiden Verletzungen zwingend nebeneinander auftreten müssen, wird nirgends gesagt. Schwierig einzuordnen ist sodann die Aussage von Dr. G.____, dass beim Beschwerdeführer eine Crescendo-Schmerzproblematik vorliege, welche gegenüber der Decrescendo-Problematik, einer beim Ereignis aufgetretenen akuten traumatischen Schmerzkomponente mit Arbeitsunfähigkeit, eher für eine degenerative Komponente spreche. Der konkrete Sachverhalt umfasst ein Ereignis mit Unfallbeeinträchtigung des linken Knies, Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall, Erstbehandlung bereits nach drei Tagen, nachfolgend andauernden Schmerzen und entsprechenden Heilbehandlungen, zunächst konservativen (medikamentös, mit Physiotherapie und Infiltration), schliesslich operativen (vgl. Erwägung 4.3). Inwiefern hierbei von einer unfallfremden Crescendo-Schmerzproblematik auszugehen ist, kann nicht nachvollzogen werden.

5.3.3 Auf Ersuchen von Dr. G.____ verglich schliesslich der Radiologe Dr. J.____ am 28. Februar 2014 in Berücksichtigung des Operationsberichts von Dr. F.____ vom 12. Juni 2013 (Suva-act. 30) die Ergebnisse der MRT-Untersuchungen vom 24. Dezember 2012 (Suva-act. 9) und 11. September 2013. Im Zentrum der Betrachtung stand die morphologische Situation am medialen Meniskus (Suva-act. 93, vgl. auch Suva-act. 92). Bei der MRT-Untersuchung vom 11. September 2013 war laut Untersuchungsbericht eine leichtgradige Binnendegeneration des medialen Meniskus zur Darstellung gekommen (Suva-act. 93), welche sich auch Dr. G.____ gezeigt hat. Der Kreisarzt stellte weiter fest, dass er keine eindeutige Volumenverminderung im Hinterhorn des Meniskus sehe (Suva-act. 92), was wiederum Dr. J.____ in seinem Zusatzbefund bestätigte. Der Radiologe fügte hinzu, dass weiterhin feinlineare hyperintense Signalalterationen des Meniskus am Hinterhorn zum Teil mit Kontakt zur Unterfläche bestünden. Aktuell bestehe zudem eine ausgeprägte ödematöse Imbibierung und Hyperämie der Spongiosa am medialen Femurkondyl und geringer ausgeprägt auch am medialen Tibiakopf, die als Osteodystrophie gewertet werden müsse. Zudem bestehe eine Begleit-Dystrophie des medialen Kapselbandapparates (Suva-act. 93). Zur Frage, ob die leichtgradige Binnendegeneration des medialen Meniskus grundsätzlich gegen eine ursprüngliche traumatische Meniskusläsion spricht, äussern sich weder Dr. G.____ noch Dr. J.____. Eine Antwort auf diese Frage erscheint



jedoch insofern von Belang, als beim Beschwerdeführer eine Teilmeniskektomie durchgeführt wurde und diesbezüglich argumentiert werden könnte, der Meniskusriss sei - soweit unfallkausal - entfernt worden. Die geringe Substanzverminderung des Meniskus interpretierte Dr. G.____ dahingehend, dass der ursprünglich nicht dokumentierten Meniskusläsion damit keine erhebliche Pathologiekomponente zukomme. Diese Folgerung erscheint grundsätzlich einleuchtend, doch stellt sich die Frage, ob sie nicht ebenso bei Vorliegen einer traumatischen Meniskusläsion gezogen werden könnte. Seine Feststellung, dass es postoperativ mit der ödematösen Veränderung am Femurcondyl zu einem dystrophen Verlauf gekommen sei, erscheint angesichts der Darlegungen von Dr. J.____ überzeugend. Für die ödematöse Veränderung bzw. Dystrophie gibt es jedoch offensichtlich auch eine rein intraoperative Erklärung (Folgen der Mikrofrakturierung). Inwiefern diese Situation mit einer solchen nach traumatischer Verletzung gleichgesetzt werden kann, geht aus der kreisärztlichen Beurteilung nicht hervor. Dr. G.____ stellte fest, wäre beim Sturz zum Beispiel die Knorpelläsion durch das Ereignis verursacht worden, so wäre auch damals durch eine solche nötige Gewalteinwirkung eine „ossäre“ Reaktion zu erwarten gewesen. Eine solche sei im MRT 6 Tage nach Ereignis nicht beschrieben gewesen. Dies kann nicht als genügende Erklärung für eine unfallfremde Knorpelläsion bezeichnet werden. Zum einen schreibt der Kreisarzt unpassend von einer „ossären“ Reaktion, zum andern ist unbestritten, dass die Chondropathie im Rahmen des MRT vom 24. Dezember 2012 nicht als Befund erhoben wurde. In diesem Sinne erscheint auch eine unerwähnt gebliebene, damit zusammenhängende ödematöse Veränderung wenig erstaunlich.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ärztliche Beurteilung von Dr. G.____ vom 7. März 2014 (Suva-act. 95) verschiedene unklare Aussagen enthält, womit deren Beweiswert für eine rechtsgenügeliche, d.h. überwiegend wahrscheinliche, Verneinung einer Unfallkausalität der am 11. Juni 2013 durch Dr. F.____ arthroskopisch therapierten strukturellen Gesundheitsschäden sowie den Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität der über den 31. Oktober 2013 hinaus geklagten Kniebeschwerden unzureichend ist. Zur Beurteilung der Unfallkausalität der Knieproblematik links bedarf es weiterer Abklärungen. Die mediale Meniskusläsion sowie die Chondropathie links wurden am 11. Juli 2013 operativ therapiert. Eine weitere Untersuchung des präoperativen Zustands ist damit nicht mehr möglich. Aus Sicht eines medizinischen Laien kann jedoch nicht beurteilt werden, ob von weiteren Erhebungen nicht doch noch



entscheidrelevante Erkenntnisse zu erwarten wären. Ein Entscheid in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 236 E. 5.3, BGE 134 I 148 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b) kann damit noch nicht gefällt werden. Die Streitsache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine neue umfassende medizinische Begutachtung - zweckmässigerweise bei einem externen Sachverständigen - veranlasse. Wie bereits erwähnt, gibt es laut Angabe von Dr. F.____ keine Videoprints der Operation vom 11. Juli 2013. Als ergänzende medizinische Abklärung käme jedoch auch die Einholung eines Berichts bei Dr. F.____ über seine Beobachtungen bei der Operation in Betracht, konkret unter dem Aspekt, ob diese im Kontext zu einem traumatisch oder krankheitsbedingten Gesundheitsschaden gestanden hätten.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 27. November 2014 (Suva-act. 119) dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen über die Anspruchsberechtigung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, die Entschädigung - wie in vergleichbaren Fällen üblich - auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 27. November 2014 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Entscheidung über die Anspruchsberechtigung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.



Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.