



Fall-Nr.: UV 2015/89
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 18.08.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 18.08.2017

Art. 53 Abs. 2 ATSG. Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit als Voraussetzung der Wiedererwägung vorliegend bei einer abweichenden gutachterlichen Einschätzung nicht gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2017, UV 2015/89).

Entscheid vom 18. August 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane

Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

UV 2015/89

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roman Schmidlin,



St.Galler Gerichte

Hofmann Gehler Schmidlin, Lattenhofweg 4, 8645 Jona,

gegen

SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37,

Postfach, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war seit 1. Januar 2001 als Hauswart bei der B.____ des Kantons C.____ angestellt und dadurch bei er Swica Gesundheitsorganisation gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 15. Juli 2004 stolperte und auf das rechte Knie stürzte (UV-act. 1 und 4). Die Swica anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlungskosten und Taggeld; UV-act. 10).

A.b Im Bericht vom 27. September 2004 gab Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, an, dass der Versicherte seit dem Sturz unter anhaltenden Belastungsbeschwerden und rezidivierenden Schwellungen auch nach zweimaliger Punktion leide. Als Verdachtsdiagnose hielt er eine laterale Meniskusläsion Knie rechts fest und veranlasste eine Arthroskopie (UV-act. 5). Die Arthroskopie Knie rechts mit Débridement rupturierter Faseranteile des hinteren Kreuzbandes (HKB) und partieller Synovektomie wurde am 2. November 2004 durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 2. November 2004; UV-act. 8). Dabei wurde ein ausgeprägter retropatellärer Knorpelschaden nachgewiesen (vgl. Bericht vom 6. Dezember 2004; UV-act. 9). Dem Versicherten wurde ab der Hospitalisation am 2. November 2004 eine 100%ige, ab dem 22. November 2004 eine 50%ige und ab 1. Januar 2005 eine 0%ige



St.Galler Gerichte

Arbeitsunfähigkeit attestiert (UV-act. 11). Im Bericht vom 31. Januar 2005 diagnostizierte Dr. D.____ eine partielle Ruptur des HKB und eine Femoropatellararthrose Knie rechts (UV-act. 12). Am 12. Januar 2006 wurde von Dr. D.____ operativ eine Arthroskopie Knie rechts mit Knorpeldébridement und eine laterale Arthrotomie mit lateral release und offener Chondroplastik Patellarrückseite und laterale Trochlea durchgeführt (UV-act. 19).

A.c Auf Nachfrage der Swica gab Dr. D.____ an, dass mit einer Progredienz der Arthrose zu rechnen sei und somit mit rezidivierenden Knieproblemen, welche allenfalls weitere therapeutische Massnahmen erfordern würden. Der Unfall sei nach seiner Beurteilung die einzige Ursache für die gesundheitliche Störung (UV-act. 26).

A.d Im Auftrag der Swica wurde der Versicherte am 24. September 2007 von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersucht. Im Gutachten vom 24. Oktober 2007 diagnostizierte dieser einen Zustand nach Kniesturz mit partieller Läsion des hinteren Kreuzbandes, eine Chondromalazie Grad IV der lateralen Patellafazette rechts und eine posttraumatische femoropatellare Arthrose. Da der Versicherte weitgehend beschwerdefrei sei, könne nicht mehr mit einer namhaften Besserung gerechnet werden. Der Unfall sei der natürliche Auslöser der festgestellten gesundheitlichen Störung. Es gebe keinen gesicherten Hinweis, dass ein erheblicher Knorpelschaden an der Kniescheibe rechts bereits vor dem Unfallereignis bestanden haben solle. Der Unfall sei die überwiegend wahrscheinliche Ursache der Gesundheitsstörung (UV-act. 34).

A.e Mit Verfügung vom 22. November 2007 stellte die Swica die Taggeldleistungen und Heilungskosten per 30. November 2007 ein, da nicht mehr mit einer namhaften Besserung gerechnet werden könne. Zudem wurde basierend auf einem Integritätsschaden von 7.5% gemäss Dr. E.____ eine Integritätsentschädigung von Fr. 8'010.-- zugesprochen (UV-act. 39). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

B.

B.a Im Arztbericht vom 6. Juli 2009 führte Dr. D.____ aus, dass beim Versicherten, nachdem er die letzten zwei Jahre als Hauswart wieder voll habe arbeiten können, seit



etwa vier Monaten wieder verstärkte peripatelläre Schmerzen und eine anhaltende leichte Schwellung aufgetreten seien. Er stellte die Diagnose einer isolierten, posttraumatischen Femoropatellararthrose Knie rechts (UV-act. 41). Mit Operation vom 20. August 2009 führte Dr. D.____ einen patello-femorale Gelenkersatz Knie rechts durch (UV-act. 47). Nach einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nach der Operation attestierte Dr. D.____ dem Versicherten ab 19. September 2009 wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (UV-act. 48).

B.b Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Phlebologie SGP, führte im Bericht vom 22. Dezember 2009 die Diagnose einer postoperativen, progredienten, ascendierenden Phlebothrombose der V. Saphena magna rechts auf (UV-act. 53).

B.c Im Bericht vom 15. Januar 2010 hielt Dr. D.____ fest, es müsse davon ausgegangen werden, dass sich eine rezidivierende retropatelläre Problematik aufbaue. Die Arbeitsfähigkeit habe nicht weiter gesteigert werden können (UV-act. 55).

B.d Am 4. Juni 2010 erfolgte die Entfernung der Trochleaprothese und die Implantation einer Totalprothese mit Patellaersatz Knie rechts durch Dr. D.____ (UV-act. 57).

B.e In einem „Kurz-Gutachten“ vom 10. November 2010 attestierte Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Orthopädie H.____, dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 25% ab 1. Oktober 2010. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50% könne mit physiotherapeutischen Massnahmen ab 1. Dezember 2010 oder ab 1. Januar 2011 erreicht werden. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Hauswart werde nur schwierig erreichbar sein (UV-act. 78).

B.f Vom 7. bis 14. Dezember 2010 war der Versicherte im Spital I.____ hospitalisiert, wo eine Sinusvenenthrombose und eine fragliche Gerinnungsstörung diagnostiziert wurden (UV-act. 85).

B.g Am 10. Januar 2011 wurde der Versicherte von Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht. Im Gutachten vom 3. Februar 2011 hielt dieser fest, dass gesamthaft gesehen ein etwas retrahierter Rehabilitationsverlauf bestehe. Die Prognose sei gut, insbesondere da die geschilderten ursprünglichen



Schmerzen nicht mehr vorhanden seien und auch die postoperativen Beschwerden popliteal durch physiotherapeutische Massnahmen hätten zum Verschwinden gebracht werden können. Es sei davon auszugehen, dass die jetzt noch vorhandenen Schmerzen ebenfalls verschwinden würden. Vor dem Unfall sei der Versicherte beschwerdefrei gewesen. Der Unfall sei die überwiegend wahrscheinliche Ursache der Gesundheitsstörung. Ob eine vorbestehende Gesundheitsschädigung vorgelegen habe, respektive ein Knorpelschaden, könne nicht gesagt werden. Der Status quo ante sei nicht erreicht und könne auch nie erreicht werden. Weiter verneinte er die Frage, ob die durch den Unfall mitverursachte Gesundheitsstörung früher oder später auch ohne den Unfall im aktuellen Ausmass aufgetreten wäre. Beim anderen Kniegelenk sei keine vergleichbare Schädigung des retropatellären Knorpels vorhanden gewesen. Dr. H.____ attestierte dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50% ab dem 24. Januar 2011. Die Arbeitsfähigkeit könne sicherlich noch deutlich erhöht werden. Als Hauswart rechne er mit einer Arbeitsfähigkeit von gut 80% in Zukunft. Zwischen der Sinusvenenthrombose und der vorgängigen Knieoperation sehe er keinen ursächlichen Zusammenhang (UV-act. 89).

B.h Am 30. Mai 2011 wurde der Versicherte erneut von Dr. H.____ untersucht. Im Gutachten vom 20. Juni 2011 hielt dieser fest, dass er nach unveränderten Beschwerden in den letzten fünf Monaten nicht mehr mit einer namhaften Besserung rechne. Die Arbeitsfähigkeit sehe er bei 50%. Wechselhafte Arbeiten (sitzend/stehend) sollten je nach Verteilung zu 75-100% machbar sein (UV-act. 98).

B.i Am 9. Mai 2012 wurde der Versicherte von Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Leitender Arzt Chirurgie, Kantonsspital L.____, untersucht. Im Gutachten vom 10. Mai 2012 diagnostizierte dieser eine anhaltende Schmerzsymptomatik am rechten Kniegelenk bei Zustand nach Implantation einer Knie-Totalprothese und einen szintigraphischen Verdacht auf eine Prothesenlockerung. Der Unfall sei die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Als Hauswart sei er noch zu maximal 50% arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit (manuelle wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten, kein Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, kein repetitives Treppengehen, kein Arbeiten in kniender Position, kein längeres Gehen und keinerlei Arbeiten in unebenem Gelände) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Integritätsschaden liege bei 25% (UV-act. 119).



B.j Mit Verfügung vom 10. September 2012 schloss die Swica den Fall per 30. Juni 2012 ab und stellte die Leistungen für Heilbehandlungen und Taggelder ein. Zudem wurde dem Versicherten eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 42% und eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 30% zugesprochen (UV-act. 133). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

C.

C.a Am 31. Mai 2013 wurde aufgrund der schmerzhaften Knieprothese rechts bei Instabilität von Dr. med. M.____, Leitender Arzt, Orthopädie Untere Extremitäten der Klinik N.____, eine mediale Arthrotomie, Inlaywechsel auf Rotating Insert 17.5 mm Standard, durchgeführt (UV-act. 161). Im Bericht vom 9. April 2014 hielt Dr. M.____ fest, der Versicherte sei mit dem erzielten Resultat soweit zufrieden und berichte über eine komplette Aufhebung der Instabilität. Es würden drei schmerzhafteste Punkte bestehen. Die Schmerzen auf der Gelenksinnen- und Aussenseite seien wohl durch die 5 mm Verlängerung des Gelenksspaltess zustande gekommen. Die Schmerzen suprapatellär sehe er eher in Zusammenhang mit den mehrfachen Arthrotomien. Eine 100%ige Besserung sei wahrscheinlich nicht mehr zu erwarten (UV-act. 174).

C.b Am 21. August 2014 wurde der Versicherte von Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht. Dieser diagnostizierte im Gutachten vom 3. November 2014 ein chronifiziertes Schmerzsyndrom am rechten Knie mit unfallkausalem Status nach prätibialer Kontusion am 15. Juli 2004 und bei unfallfremden Stati nach Arthroskopie am 12. Januar 2006, nach femoro-patellarer Teilprothese am 20. August 2009, nach Implantation der Totalprothese mit Patellaersatz am 4. Juni 2010 und Adipositas. Der Status quo sine sei in Bezug auf den Unfall vom 15. Juli 2004 und der Operation am 2. November 2004 allerspätestens per November 2005 eingetreten. Der Versicherte sei sowohl aufgrund unfallbedingter als auch aufgrund krankheitsbedingter Ursachen in der beruflichen Tätigkeit als Hauswart uneingeschränkt arbeitsfähig. Eine Integritätsentschädigung sei nicht geschuldet (UV-act. 194).

C.c Mit Schreiben vom 16. Februar 2015 gewährte die Swica dem Versicherten das rechtliche Gehör zur geplanten Wiedererwägung. Aus den medizinischen Akten sei



St.Galler Gerichte

ersichtlich, dass sich der Versicherte beim Sturz eine Schwellung am rechten Knie zugezogen habe, welche innert wenigen Tagen wieder abgeheilt gewesen sei, und dieser seine Arbeit nach den Ferien wieder uneingeschränkt aufnehmen können. Gemäss Gutachten von Dr. O.____ leide der Versicherte an einer krankheitsbedingten vorbestehenden femoro-patellaren Arthrose, welche nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Eine allfällige traumatische Verschlimmerung eines anamnestisch klinisch stummen degenerativen Vorzustandes sei aus medizinischer Sicht allerspätestens ein Jahr nach der ersten Arthroskopie als abgeschlossen zu bewerten. Der Versicherte sei als Hauswart voll arbeitsfähig. Der Status quo sei längst erreicht und die natürliche Kausalität nicht mehr gegeben, weshalb weder eine Rente noch eine Integritätsentschädigung geschuldet gewesen sei. Deshalb werde die Verfügung vom 10. September 2014 (recte: 2012) in Wiedererwägung gezogen und die Rente rückwirkend aufgehoben. Die Taggeldleistungen würden per 16. Februar 2015 eingestellt und es bestehe kein Anspruch mehr auf weitere Heilbehandlungen. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen werde verzichtet (UV-act. 198).

C.d In der Stellungnahme vom 4. März 2015 wies der Versicherte darauf hin, dass die Ausführungen von Dr. O.____ bestritten würden und dessen Gutachten überdies lediglich eine andere medizinische Einschätzung darstelle. Der Gesundheitszustand habe sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 10. September 2012 offensichtlich nicht verändert. Dies gehe selbst aus dem Gutachten von Dr. O.____ hervor. Die nun vorliegende andere rechtliche Beurteilung zur Kausalität sei nicht zu berücksichtigen (UV-act. 205).

C.e Mit Verfügung vom 12. März 2015 zog die Swica die Verfügung vom 10. September 2012 in Wiedererwägung und hob die Rente rückwirkend auf. Ebenfalls verneinte sie den Anspruch auf weitere Heilbehandlungen und Taggelder sowie auf eine Integritätsentschädigung. Die Swica verzichtete auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (UV-act. 208).

C.f Mit Einsprache vom 24. März 2015 beantragte der Versicherte die Aufhebung der Verfügung vom 12. März 2015 und die Bestätigung der Verfügung vom 10. September 2012. Zudem sei die Swica zu verpflichten, die Heilbehandlungs- und weiteren Kosten auch in Zukunft zu übernehmen. Der Gesundheitszustand habe sich seit der



St.Galler Gerichte

rechtskräftigen Verfügung offensichtlich nicht verändert, weshalb keine Rentenrevision möglich sei. Die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit und damit eine Voraussetzung für eine Wiedererwägung scheidet aus, da es sich bei der anderen medizinischen Beurteilung um eine materielle Anspruchsvoraussetzung handle, weshalb ohne weiteres Zweifel bestehen würden. Sämtliche vorbehandelnden Ärzte seien klar zum Schluss gekommen, dass die Verletzung am Knie auf den Unfall zurückzuführen sei. (UV-act. 209).

C.g Mit Einspracheentscheid vom 11. November 2015 wies die Swica die Einsprache ab. Von keinem der diversen Ärzte werde diskutiert ob die 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unfallbedingt sei. Dr. O.____ begründe ausführlich und nachvollziehbar, weshalb die Unfallkausalität per November 2005 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr gegeben sei. Für die Beurteilung der Leistungspflicht könne auf das Gutachten von Dr. O.____ abgestellt werden (UV-act. 213)

D.

D.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 11. Dezember 2015. Der Beschwerdeführer beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides. Die Verfügung vom 10. September 2012 sei nicht in Wiedererwägung zu ziehen und nicht rückwirkend aufzuheben. Dr. E.____ habe im Gutachten vom 24. Oktober 2007 deutlich festgehalten, dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Beschwerden im Knie verantwortlich sei. Auch Dr. H.____ habe im Gutachten vom 3. Februar 2011 festgehalten, dass der Unfall der Auslöser für die anschliessenden Kniebeschwerden gewesen sei. Auch Dr. K.____ habe im Gutachten vom 24. April 2012 festgehalten, dass der Unfall die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung sei. Somit seien drei Gutachter zum Schluss gekommen, dass der Unfall der Auslöser für die Beschwerden im rechten Knie gewesen sei. Dr. O.____ sei entgegen sämtlichen anderen ärztlichen Äusserungen zum Ergebnis gekommen, dass die Kniebeschwerden ab November 2005 nicht mehr unfallkausal gewesen seien. Er würdige die klinischen und radiologischen Befunde auf eine andere Art als die drei anderen Gutachter. Dies bedeute aber nicht, dass die Meinung von Dr. O.____ die einzig



St.Galler Gerichte

richtige sei. Die Einschätzungen der anderen Gutachter seien zumindest vertretbar. Die Annahme der zweifellosen Unrichtigkeit scheidet damit aus (act. G 1).

D.b Am 11. Januar 2016 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen (act. G 5).

D.c Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Für die Beurteilung der Leistungspflicht könne auf das Gutachten von Dr. O.____ abgestellt werden. Seine Ausführungen zeigten, dass die Unfallkausalität in den vorgängigen medizinischen Berichten nie vertieft diskutiert worden seien, sondern lediglich darauf verwiesen worden sei, dass „man keine gesicherten Hinweise dafür habe, dass an der Kniescheibe rechts bereits vor dem Ereignis vom 15. Juli 2004 ein erheblicher Knorpelschaden bestanden haben soll“. Retrospektiv ergebe sich, dass das Gutachten von Dr. E.____ nicht zu überzeugen vermöge. Verschiedene Aspekte würden überwiegend wahrscheinlich gegen eine Unfallkausalität sprechen und somit die zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 10. September 2012 aufzeigen (act. G 6).

D.d Mit Replik vom 20. April 2016 hält der Beschwerdeführer unverändert an seiner Beschwerde fest (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 14).

Erwägungen

1.

1.1 Strittig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für die mit Verfügung vom 12. März 2015 respektive Einspracheentscheid vom 11. November 2015 wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 10. September 2012 und die damit erfolgte Aufhebung der damals zugesprochenen Invalidenrente erfüllt waren.

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss den



Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

1.3 Der Versicherungsträger kann nach Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2016, 8C_425/2016, E.2.2, und 23. November 2012, 8C_368/2012, E. 2.2).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Wiedererwägung damit, dass gemäss dem Gutachten von Dr. O.____ in den vorgängigen medizinischen Berichten der Vorzustand und somit die Unfallkausalität nicht ausreichend beurteilt worden seien und der aktenkundige weitere Verlauf auf der, klinisch und radiologisch belegbar falschen, angeblich weiterbestehenden Unfallkausalität aufgebaut sei. Demzufolge basiere die Verfügung vom 10. September 2012 auf nicht rechtsgenügenden bzw. falschen



medizinischen Grundlagen. Gemäss Dr. O.____ sei die Unfallkausalität überwiegend wahrscheinlich per November 2005 weggefallen. Somit sei die Verfügung vom 10. September 2012 zweifellos unrichtig und deren Berichtigung (Aufhebung der Rente von 42%) offensichtlich von erheblicher Bedeutung. Es stehe ohne jeden Zweifel fest, dass der Beschwerdeführer an einer krankheitsbedingten femoro-patellaren Arthrose leide, welche vorbestehend und nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Es liege kein anderer Schluss nahe als der, dass der Unfall für den Beschwerdeführer keine nachteiligen körperlichen Folgen gehabt habe, welche eine Rentenzusprechung/ Integritätsentschädigung gerechtfertigt hätten (UV-act. 213, S. 10).

2.2 Dr. E.____ diagnostizierte im Gutachten vom 24. Oktober 2007 einen Zustand nach Kniesturz mit partieller Läsion des hinteren Kreuzbandes, eine Chondromalazie Grad IV der lateralen Patellafazette rechts und eine posttraumatische femoropatellare Arthrose. Der Unfall sei der natürliche Auslöser der festgestellten gesundheitlichen Störung. Es gebe keinen gesicherten Hinweis, dass ein erheblicher Knorpelschaden an der Kniescheibe des rechten Kniegelenkes bereits vor dem Unfall bestanden habe. Der Unfall sei die überwiegend wahrscheinliche Ursache der Gesundheitsstörung. Er sei auch der natürliche Auslöser der Gesundheitsstörung. In diesem Zusammenhang gebe der Beschwerdeführer glaubhaft an, dass er vor dem Unfall nie wegen Knieproblemen irgendwelcher Art bei seinen Hausärzten gewesen sei. Durch den Unfall sei das rechte Kniegelenk nachhaltig geschädigt worden. Es bestehe ein Dauerschaden im Bereich des hinteren Kreuzbandes und im Bereich der rechten Kniescheibe. In der Zwischenzeit sei die Arthrose der Kniescheibe operativ behandelt worden. Aufgrund dieses Zustandes könne der Status quo ante nicht mehr erreicht werden. Die durch den Unfall mindestens mitverursachten Gesundheitsstörungen wären nicht früher oder später auch ohne den Unfall im aktuellen Ausmass aufgetreten. Die arthrotischen Veränderungen, nachgewiesen durch einen Vergleich beider Kniegelenke mittels MRI, seien im Bereich des rechten Kniegelenks derart, dass sie ohne den Unfall nicht in diesem Ausmass hätten auftreten können. Der Status quo sine könne nicht mehr erreicht werden (UV-act. 34, S. 5 ff.).

2.3 Auch Dr. H.____ hielt im Gutachten vom 3. Februar 2011 fest, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Der Unfall sei der Auslöser für die anschliessenden Kniebeschwerden respektive für die festgestellten



gesundheitlichen Störungen. Ob bereits und in welchem Ausmass ein allfälliger Knorpelschaden schon vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen sei, könne nicht gesagt werden, da keine Dokumentation vorhanden sei. Der Status quo ante sei nicht erreicht und könne auch nie erreicht werden. Ohne den Unfall wäre es nicht früher oder später zu den aktuellen Gesundheitsstörungen gekommen. Angeblich sei am 3. Oktober 2007 ein MRI beider Kniegelenke durchgeführt worden, wobei auf der Gegenseite keine vergleichbare Schädigung des retropatellären Knorpels vorhanden gewesen sei (UV-act. 89, S. 3 f.). Auch Dr. K.____ hielt im Gutachten vom 10. Mai 2012 fest, der Unfall sei die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung (UV-act. 119, S. 3). Auch der behandelnde Arzt Dr. D.____ kam zu selbigem Schluss (UV-act. 26).

2.4 Dr. O.____ führt in seinem Gutachten vom 3. November 2014 aus, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall „am“ und nicht „im“ Knie verletzt habe. Die beim Aufprall entstandene Schwellung habe ausschliesslich präpatellar bestanden und das Beschwerdebild und die Schwellung hätten sich (ohne ärztliche Behandlung) rasch regredient gezeigt. Auch das erneute „Anschwellen des Knies“, bei dem es sich um einen Erguss gehandelt habe, der rund sieben Wochen nach dem Trauma aufgetreten sei, ändere nichts. Die von Dr. D.____ diagnostizierte laterale Meniskusläsion müsse als „kaum mögliche Verletzungsfolge bei einer ventralen Kontusion“ bezeichnet werden und habe intraoperativ auch nicht bestätigt werden können. Intraoperativ hätten sich Veränderungen am HKB Zerrung/Partialruptur finden lassen, welche retrospektiv nur als „möglicherweise“ respektive nur teilweise auf das inkriminierte Ereignis hätten zurückgeführt werden können. Hierzu hätte einerseits die entsprechende Klinik mit Instabilität gefehlt und andererseits hätten die präoperativen Punktionen keinen Hämarthros ergeben und anlässlich der Arthroskopie sei die Synovia am HKB als „immer noch massiv gerötet“ beschrieben worden, was retrospektiv den „wahrscheinlicheren“ Schluss zulasse respektive wodurch sich geradezu aufdränge, dass es sich hier um eine chronische, aber eben im Zusammenhang mit dem Unfall vorbestehende mit möglicher patho-mechanisch jedoch unklarer Exazerbation bei der angestammten Arbeit, und nicht um eine unfallkausale HKB-Pathologie gehandelt haben könnte. Ausserdem wäre die postulierte unfallbedingte Verletzung an der Synovie des HKB innerhalb von sechs bis acht Wochen ausgeheilt, weil retrospektiv keine erkennbare respektive aktenkundige und nachvollziehbar somatisch begründete



Komplikation die Heilung gestört habe, was umgekehrt bedeute, dass zum Zeitpunkt der Operation die Heilung hätte eingetreten gewesen sein müssen. Über die Veränderung an der Synovie des HKB hinaus hätten sich jedoch keine, überwiegend wahrscheinlich auf ein kürzlich stattgehabtes Trauma zurückzuführenden Pathologien finden lassen. Die Ausbildung einer Chondromalazie IV, ergo in casu einer relevanten femoro-patellaren Arthrose, sei empirisch ein Prozess, der sich im Verlauf von Jahren entwickle. Dass beim Unfall eine „richtungsgebende Verschlimmerung“ des angeblich vorher asymptomatischen femoro-patellaren Vorzustandes erfolgt sei, sei unter Würdigung der aktenkundigen und zeitnahen klinischen und radiologischen Befunde nicht ausgewiesen oder erkennbar. Im Operationsbericht würden unter anderem konkrete Hinweise darauf fehlen, dass im femoro-patellaren Bereich der bereits 2004 bestehenden expliziten und substantiell relevanten Chondropathie „scharfkantige Knorpelabrisstellen“ bestanden hätten und vor allem fehle die konkrete Erwähnung, dass intraartikulär freie, frisch ausgebrochene Knorpelstücke gesehen worden seien. Die am 2. November 2011 erfolgte Arthroskopie sei demnach im unfallkausalen Sinn „nur als erweiterte Diagnostik“ bei erneut aufgetretener Symptomatik nach dem Unfall „zur Differenzierung und Abklärung allfällig möglicher Unfallfolgen“ zu bezeichnen und die damals erfolgten interventionell-therapeutischen Massnahmen zwar lege artis, jedoch retrospektiv mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht im Zusammenhang mit dem Kontusionstrauma erkennbar. Zudem könnten die Schmerzen gar nicht direkt vom Knorpelschaden herrühren, da Knorpelgewebe nicht schmerzinnerviert sei. Der vorliegende Verlauf sei überwiegend wahrscheinlich auf eine nichttraumatische Ätiologie zurückzuführen, insbesondere da ein somatischer, für diesen Schmerzverlauf hinreichend erklärbarer Vorzustand bestanden habe, und am Knorpel eine eindeutige Verletzungsfolge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe ausgeschlossen werden können. Dass trotzdem ein „versicherungstechnisch-unfallkausaler Anspruch auf die Operation“ bestanden haben könne, sei allenfalls damit zu begründen, dass der Eingriff im Gesamtkontext gesehen letztendlich den Versuch dargestellt habe, die vom Unfall damals als „hypothetisch mitverursachten Beschwerden/Schmerzen“ vorzeitig zu beseitigen, obwohl streng genommen und anamnestisch bestätigt die Brückensymptomatik retrospektiv gar nicht überzeugend sei. Eine allfällige traumatische Verschlimmerung eines anamnestisch klinisch stummen degenerativen Vorzustandes sei in der Regel, vor allem bei komplikationslosem Verlauf,



nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, ergo vorliegend allerspätestens ein Jahr nach der ersten Arthroskopie, als abgeschlossen zu werten, wenn die Arthroskopie mit den therapeutischen „Gelegenheitsmassnahmen am degenerativen Vorzustand“ als „somatisch nachweisbare Komplikation im/während dem Heilprozess“ nach der hypothetischen Aktivierung am 15. Juli 2004 betrachtet werde, und somit per November 2005 der Status quo sine als eingetreten zu bezeichnen sei. Dr. O.____ kritisiert, dass Dr. E.____ eigentlich gar keine Diskussion über die Unfallkausalität geführt habe und einzig darauf verweise, dass keine gesicherten Hinweise dafür vorliegen würden, dass an der Kniescheibe rechts bereits vor dem Unfall ein erheblicher Knorpelschaden bestanden haben solle. Dabei werde ausgeblendet, dass der Knorpelschaden nicht innert einiger Wochen/Monate bis zur ersten Arthroskopie entstanden sein könne, eine gesicherte und überwiegend wahrscheinliche (richtungsgebende) Verschlimmerung dieses Vorschadens nicht objektivierbar gewesen sei, primär „nur“ präpatellare aber keine retropatellaren Beschwerden bestanden hätten und der Beschwerdeverlauf bei zunächst zeitgerechter Schmerzreduktion im Rahmen der Heilung und, zeitlich eindeutig davon abgesetzt respektive später aufgetreten, einer exazerbierenden Symptomatik ohne erneuten „Aktivierungsmechanismus“ – nota bene neu intraartikulär mit konsekutivem Erguss – aufgetreten sei, was bei der vom Gutachter zugrunde gelegten und hypothetischen Verschlimmerung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht so verlaufen würde. Im Gegenteil hätte eine durchgehende und gleichbleibende Beschwerdesymptomatik bestanden. Es hätte auch ein seit dem Unfall persistierender und behandlungsbedürftiger Erguss bestanden. Es gebe keine wissenschaftlich begründete „exakte Definition“ des „posttraumatischen Knorpelschadens“ und auch keine überwiegend wahrscheinlich gesicherten Kriterien zur Abgrenzung eines „traumatisch bedingten“ gegenüber einem „natürlichen, alterskorrelierenden, degenerativ bedingten“ Knorpelschaden. Nur bei einer arthroskopischen Beurteilung in den ersten drei Monaten nach dem inkriminierten Ereignis scheine die Differenzierung traumatisch vs. atraumatisch möglich zu sein (UV-act. 194, S. 24 ff.).

2.5 Die Kritik von Dr. O.____ an Dr. E.____, dieser habe keine Diskussion über die Unfallkausalität geführt, überzeugt nicht. Einerseits hat Dr. E.____ dargelegt, dass keine gesicherten Hinweise für einen erheblichen Knorpelschaden an der Kniescheibe vor dem Unfall bestanden hätten, andererseits plausibilisierte er seine Beurteilung mit



einem Vergleich beider Kniegelenke mittels MRI. Mangels Unterlagen vor dem Unfall, kann auch Dr. O.____ keine exakten Angaben zum Vorzustand machen, er gibt diesbezüglich selber an, dass dieser weder bekannt noch konklusiv überprüf- oder beweisbar sei. Zur Begründung weshalb bezüglich der femoro-patellaren Knorpelopathie ein relevanter Vorzustand bestanden habe und es beim Unfall nicht zu einer richtung-gebenden Verschlimmerung gekommen sei, führt Dr. O.____ unter anderem an, dass im Operationsbericht vor allem die konkrete Erwähnung von intraartikulär freien, frisch ausgebrochenen Knorpelstücken (sogenannt freien Gelenkskörpern, welche eine „conditio sine qua non“ bei frischem Knorpelschaden seien) gefehlt habe. Zumindest geht aus dem Operationsbericht vom 2. November 2004 jedoch hervor, dass bei der Gelenkspunktion ein seröser Erguss mit Knorpelfetzen festgestellt worden sei (UV-act. 8). Ob es sich dabei um freie, frisch ausgebrochene Knorpelstücke handelt, ist nicht ersichtlich, kann jedoch auch nicht ohne weiteres verneint werden. Weiter führt Dr. O.____ selber aus, dass eine gesicherte Abgrenzung zwischen einem traumatisch bedingten und einem natürlichen, alterskorrelierenden, degenerativ bedingten Knorpelschaden nicht möglich sei, respektive, dass bei einer arthroskopischen Beurteilung eine Differenzierung zwischen traumatisch und atraumatisch nur in den ersten drei Monaten nach dem inkriminierenden Ereignis möglich sei. Somit ist nicht ersichtlich, wie es Dr. O.____ möglich sein soll, eine eindeutige Aussage zu machen, dass es sich um einen atraumatisch bedingten Knorpelschaden handeln müsse. Er kommt zwar zur Schlussfolgerung, dass der vorliegende Verlauf überwiegend wahrscheinlich auf eine nichttraumatische Ätiologie zurückzuführen sei und dass sich keine, überwiegend wahrscheinlich auf ein kürzlich stattgehabtes Trauma zurückzuführenden Pathologien finden lassen würden, damit ist jedoch eine traumatische Ätiologie nicht gänzlich ausgeschlossen. Es ist somit nicht nur ein einziger Schluss, nämlich dass die Beschwerden nicht unfallkausal seien, möglich. Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass nicht nur der behandelnde Arzt Dr. D.____, sondern auch die von der Beschwerdegegnerin selbst mit der Begutachtung beauftragten Ärzte Dr. E.____, Dr. H.____ und Dr. K.____ übereinstimmend zum gegenteiligen Schluss gekommen sind und die Beschwerden eindeutig als unfallkausal beurteilt haben. Selbst wenn die Beurteilung von Dr. O.____ als wahrscheinlich angesehen werden sollte, ist vorliegend eben nicht nur ein einziger Schluss möglich und die Voraussetzung der zweifellosen



Unrichtigkeit ist nicht erfüllt. Die Wiedererwägungsverfügung vom 2. März 2015 erweist sich somit als unzulässig. Es bleibt bei der Verfügung vom 10. September 2012.

3.

3.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 11. November 2015 aufzuheben.

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

3.3 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung für die Kosten der Vertretung und Prozessführung (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauchal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Vorliegend erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. November 2015 aufgehoben.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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