



**Fall-Nr.:** UV 2017/26  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.08.2018  
**Entscheiddatum:** 17.08.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.08.2018**

**Art. 6 UVG: Bejahung eines überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Meniskusrisses und mithin Bejahung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich dessen arthroskopischer Behandlung inklusive Operationsfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. August 2018, UV 2017/26). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_658/2018.**

Entscheid vom 17. August 2018

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Miriam Lendfers und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2017/26

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, GN



## St.Galler Gerichte

Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 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 Giesser bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich laut Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 7. September 2016 am 31. August 2016 beim Schieben eines Materialwagens das Knie an diesem anschlug (Suva-act. 1). Die Erstbehandlung erfolgte am selben Tag bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH (Suva-act. 42 f.), mit Röntgenuntersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, RIS Radiologie E.\_\_\_\_ (Suva-act. 13). Letztere brachte insbesondere keine frischen stufenbildenden Frakturen zur Darstellung. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte eine Knieprellung rechts und attestierte dem Versicherten ab 1. September 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 17). Mit Schreiben vom 9. September 2016 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 31. August 2016 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) zu (Suva-act. 4).

A.b Wegen anhaltender Schmerzen an der Tibia mediallyseits am Pes anserinus und im Bereich des medialen Gelenkspalts rechtsseitig folgte auf Zuweisung von Dr. C.\_\_\_\_ am 20. September 2016 eine MRI-Untersuchung des rechten Knies des Versicherten durch Dr. D.\_\_\_\_, welche unter anderem einen Horizontalriss im Hinterhornbereich des



Innenmeniskus sowie eine Chondropathie femorotibial medial (Grad I-II) und retropatellär (Grad II) zeigte (Suva-act. 18). Am 26. September 2016 wurde der Versicherte, ebenfalls auf Zuweisung durch Dr. C.\_\_\_\_, durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie G.\_\_\_\_, untersucht, der die Diagnose einer Innenmeniskusläsion Knie rechts bestätigte, diese als ursächlich für die beschriebenen Beschwerden sah und eine Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskusresektion empfahl (Suva-act. 19). Am 27. September 2016 wurde die Suva um eine entsprechende Kostengutsprache ersucht (Suva-act. 6), worauf sie den Versicherten über die Durchführung weiterer Abklärungen zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht informierte (Suva-act. 7). Der arthroskopische Eingriff erfolgte am 6. Oktober 2016 in der Klinik H.\_\_\_\_ durch Dr. F.\_\_\_\_ (Suva-act. 24), welcher dem Versicherten nach Klinikaustritt am 7. Oktober 2016 vom 8. Oktober bis 7. November 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. 22). Zuvor hatte Dr. C.\_\_\_\_ den Versicherten bis 6. Oktober 2016 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 16).

A.c Den am 26. Oktober 2016 von Dr. F.\_\_\_\_ erstellten Operationsbericht legte die Suva am selben Tag Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beantwortung der Frage vor, ob die Operation vom 6. Oktober 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 31. August 2016 zurückzuführen sei. Dr. I.\_\_\_\_ antwortete ebenfalls am 26. Oktober 2016, dass die Operation keine Unfallfolgen des angegebenen Anprallereignisses vom 31. August 2016 adressiert habe (Suva-act. 25), worauf die Suva den Versicherten mit Schreiben vom 28. Oktober 2016 darüber informierte, dass sie ihre Leistungen bis 4. Oktober 2016 erbringen könne. Für die Behandlungen ab 5. Oktober 2016 (Eintritt in die Klinik H.\_\_\_\_) und deren Folgen könnten hingegen keine Leistungen mehr erbracht werden, da diese gemäss kreisärztlicher Beurteilung nicht auf den gemeldeten Vorfall zurückgeführt werden könnten und somit ausschliesslich auf einer krankheitsbedingten Ursache beruhen würden (Suva-act. 26). Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte dem Versicherten nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 43). Am 14. Dezember 2016 nahm der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt, lic. iur. L. Gmünder, St. Gallen, zum Schreiben der Suva vom 28. Oktober 2016 Stellung, ersuchte um Zustellung einer anfechtbaren Verfügung und reichte eine Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2016 ein (Suva-act. 34).



## St.Galler Gerichte

A.d Am 22. Dezember 2016 liess sich Dr. I.\_\_\_\_ erneut zur Terminierung des Schadenfalls per 4. Oktober 2016 vernehmen (Suva-act. 37), worauf die Suva mit Verfügung vom 9. Januar 2017 die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 4. Oktober 2016 und ihre Ablehnung, für die Behandlungen ab 5. Oktober 2016 und deren Folgen Versicherungsleistungen zu erbringen, bestätigte (Suva-act. 41).

B.

Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt Gmünder für den Versicherten am 9. Februar 2017, insbesondere unter Beilage eines von Dr. F.\_\_\_\_ verfassten Arztberichts vom 20. Dezember 2016 (Suva-act. 38) und von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen über eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 12. Dezember 2016 bis 3. Februar 2017 und von 50% vom 4. bis 27. Februar 2017 (Suva-act. 40, 43), erhobene Einsprache (Suva-act. 44) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 8. März 2017 ab (Suva-act. 48).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch Rechtsanwalt Gmünder mit Eingabe vom 20. April 2017 Beschwerde erheben. Darin wird beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggeld und Heilbehandlungen, über den Zeitpunkt des 4. Oktober 2016 hinaus zu gewähren. Eventualiter seien auf Kosten der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) weitere medizinische Abklärungen durchzuführen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge für das vorliegende Beschwerdeverfahren und für das Einspracheverfahren zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c In der Replik vom 26. Mai 2017 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen unverändert fest (act. G 5). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 6 f.).



C.d Am 14. August 2017 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote im Gesamtbetrag von Fr. 4'830.80 (Honorar [Fr. 4'247.50], Barauslagen [Fr. 169.90], Mehrwertsteuer [Fr. 353.40], Arztberichts-kosten Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2016 [Fr. 60.--]) ein (act. G 8). Die Kostennote wurde der Beschwerdegegnerin vom Versicherungsgericht mit Schreiben vom 18. August 2017 zur Kenntnis gebracht (act. G 9).

### Erwägungen

1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 31. August 2016 und erbrachte entsprechende Heilkosten- und Taggeldleistungen. Streitig und zu prüfen ist, ob sie zu Recht die Versicherungsleistungen per 4. Oktober 2016 und damit vor der Hospitalisation in der Klinik H.\_\_\_\_ ab 5. Oktober 2016 bzw. vor der Kniegelenksarthroskopie rechts mit Teilmeniskektomie medial durch Dr. F.\_\_\_\_ eingestellt hat. Die Beschwerdegegnerin wäre für eine operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig, sofern die operative Behandlung unfallkausale Gesundheitsschäden umfasst hätte. Während eine entsprechende Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. I.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Suva-act. 25) und 22. Dezember 2016 (Suva-act. 37) verneint wird, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2016 (Suva-act. 34) den gegenteiligen Standpunkt.

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 Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die



sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war



- nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen 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 (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4, 55).

3.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der Suva-Kreisärzte gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an



ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A\_172/2013, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C\_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.2). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. PVG 1996 Nr. 89 265 E. 3b; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Suva-act. 25) und 20. Dezember 2016 (Suva-act. 37). Ob letztlich auf die Aktenbeurteilungen abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

4.

4.1 Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (4. Oktober 2016) litt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen unter Kniebeschwerden rechts. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen).



4.2 Beim Beschwerdeführer wurde noch am Unfalltag (31. August 2016) durch Dr. D.\_\_\_\_ eine röntgenologische Untersuchung des rechten Kniegelenks durchgeführt, welche achsengerechte Stellungsverhältnisse femorotibial, eine zentrierte Stellung der Patella, keine Osteodestruktionen, keine frischen stufenbildenden Frakturen, keine Zeichen einer signifikanten Gonarthrose oder Chondrokalzinose, derzeitigen keinen relevanten Gelenkerguss und, soweit erkennbar, reizlose paraossale Weichteile zeigte (Suva-act. 13). Gestützt auf dieses unauffällige radiologische Untersuchungsergebnis sowie die Angaben des Beschwerdeführers - er sei beim Reinigen einer Maschine ausgerutscht, habe sein rechtes Knie geprellt und sei zu Boden gefallen - diagnostizierte der erstbehandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ am 31. August 2016 eine Knieprellung rechts (Suva-act. 17, 43). Auch die Beschwerdegegnerin sicherte dem Beschwerdeführer angesichts der in der Schadenmeldung UVG vom 7. September 2016 angegebenen Unfallbeschreibung - beim Schieben des Materialwagens das Knie am Wagen angeschlagen (Suva-act. 1) - und der angeführten Schädigung - Prellung Knie - (nur) für eine Knieprellung Heilkosten- und Taggeldleistungen zu (Suva-act. 4). Bei einer Knieprellung bzw. Kniekontusion, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, handelt es sich um eine Weichteilverletzung. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass solche Verletzungen innert kurzer Zeit folgenlos ausheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412).

4.3 Eine am 20. September 2016 wegen anhaltender rechtsseitiger Schmerzen an der Tibia medially am Pes anserinus und im Gelenkspalt durchgeführte MRI-Untersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ brachte sodann einen Horizontalriss im Hinterhornbereich vom Innenmeniskus zur Darstellung (Suva-act. 18), welcher mit einem weiter erkennbaren Meniskuslappen als Läsion am 6. Oktober 2016 durch Dr. F.\_\_\_\_ arthroskopisch bestätigt und mit Teilmeniskektomie behandelt wurde (Suva-act. 24). Dr. F.\_\_\_\_ hatte in einem Untersuchungsbericht vom 29. September 2016 die Meniskusläsion als ursächlich für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden gesehen (Suva-act. 19), was neben der Tatsache, dass mit der Meniskusläsion nun eine strukturelle Gesundheitsschädigung objektiviert war, unter den Verfahrensparteien unbestritten ist. Streitig ist hingegen, ob es sich bei der



Meniskusläsion um eine beim Unfall vom 31. August 2016 direkt erlittene Verletzung handelt.

4.4 Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 4. Oktober 2016, d.h. vor dem Eintritt in die Klinik H.\_\_\_\_ am 5. Oktober 2016 für die Durchführung der Kniegelenksarthroskopie rechts am 6. Oktober 2016, erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Ursache für die am 20. September 2016 erhobene und am 6. Oktober 2016 operativ behandelte Meniskusläsion nach Prüfung einer diesbezüglichen Leistungspflicht bzw. nach Durchführung entsprechender medizinischer Abklärungen bei Dr. I.\_\_\_\_ nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in der am 31. August 2016 erlittenen Knieprellung gesehen wurde (Suva-act. 41-11 f.).

5.

5.1 In Bezug auf eine Meniskusläsion gilt es zu beachten, dass Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen, Meniskusläsionen aber auch als Folge eines Traumas auftreten können, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 1056 ff; ALFRED BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, S. 85 und 88). Grundsätzlich sind mithin beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität) denkbar. Tritt bereits im Rahmen einer - wie hinsichtlich der MRI-Untersuchung vom 20. September 2016 angenommen werden darf - zeitnah zum Unfall durchgeführten radiologischen Untersuchung eine strukturelle Läsion zutage, stellt diese im Regelfall entweder eine traumatische Läsion oder einen degenerativen Vorzustand dar. Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

5.2 Laut Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Suva-act. 25) und 22. Dezember 2016 (Suva-act. 37) hat der Beschwerdeführer die am 6. Oktober 2016 operativ behandelte Meniskusläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beim Unfall vom 31. August 2016 erlitten.

5.2.1 Dr. I.\_\_\_\_ nimmt in seinen Beurteilungen zunächst Bezug auf die für eine Kausalitätsbeurteilung massgebende Komponente des Unfallmechanismus bzw. der Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körper. Er geht von einem



Anprallereignis des Kniegelenks von vorn (ventral) aus, womit laut gängiger Literaturmeinung kein für eine Meniskusläsion adäquates Trauma vorliege (Suva-act. 25, 37). Auch Dr. F.\_\_\_\_ erklärte in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016, dass ein alleiniges Ausrutschen und Anschlagen des Knies nicht geeignet sei, einen Meniskusriss hervorzurufen, eine Distorsion allerdings schon (Suva-act. 34), dies in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur (vgl. dazu auch DEBRUNNER, a.a.O., S. 1057, ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. S. 1204; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1146 [Torsionstrauma]; LEITLINIE DER ORTHOPÄDIE, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie, 2. Erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 141).

5.2.2 In der Einsprache vom 9. Februar 2017 (act. 44 S. 2 f. Ziff. 8) und in der Beschwerde vom 20. April 2017 (act. G 1 S. 11 ff. Ziff. 23) vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Auffassung, der Beschwerdeführer habe am 31. August 2016 eine Distorsion erlitten, indem er beim Schieben eines schweren eisernen Materialwagens bzw. Metallwagens ausgerutscht sei, sich dabei das rechte Knie heftig am Materialwagen angeschlagen habe und zu Boden gefallen sei. Distorsionen würden oft durch Ausrutschunfälle verursacht. Die Beschwerdegegnerin hält in der Beschwerdeantwort vom 18. Mai 2017 dagegen, dass gemäss Unfallakten klarerweise keine Kniedistorsion vorliege (act. G 3 Ziff. 5.1). Ein Unfallhergang mit Direktkontusion einschliesslich Ausrutschen bzw. Distorsion und damit ein Unfallmechanismus, der am 31. August 2016 zu einem traumatisch bedingten Meniskusriss hätte führen können, erscheint jedoch nicht unwahrscheinlich.

5.2.3 In der Schadenmeldung UVG der Arbeitgeberin vom 7. September 2016 wurde zwar lediglich ein Anschlagen bzw. eine Prellung vermerkt (Suva-act. 1). Der erstbehandelnde Arzt, Dr. C.\_\_\_\_, hielt jedoch im Arztzeugnis UVG vom 4. Oktober 2016 gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers fest, dieser sei beim Reinigen einer Maschine ausgerutscht, habe sein rechtes Knie geprellt und sei zu Boden gefallen (Suva-act. 17). Ebenso hielt Dr. F.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 29. September 2016 fest, der Beschwerdeführer habe berichtet, beim Schieben eines schweren Karrens ausgerutscht und dabei mit dem rechten Knie an die Kante des Karrens gestossen zu sein. Ein Sturz wird nicht erwähnt (Suva-act. 19). Die Akten enthalten keine persönliche Unfallschilderung des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin



hat den Unfallmechanismus weder im Rahmen einer gängigen mündlichen Befragung des Beschwerdeführers noch mit dem üblichen Frageblatt detailliert erhoben. Ihrer Verpflichtung zur richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts ist sie damit nicht umfassend nachgekommen (Untersuchungsgrundsatz [Art. 43 ATSG]; Urteil des EVG vom 26. Februar 2004, U 64/2002, E. 2.2.3, und vom 27. Juni 2002, U 148/01, E. 2b). Die Beschwerdegegnerin hat es bei den eingangs angeführten Unfallschilderungen Dritter - der Arbeitgeberin, des Hausarztes und des behandelnden Arztes - belassen. Auf diese ist mithin abzustellen. Den Unfallschilderungen in Einsprache und Beschwerde kann auch nicht entgegengehalten werden, der Beschwerdeführer habe bewusst oder unbewusst aus versicherungsrechtlichen Überlegungen einen bestimmten, bedeutsamen Sachverhalt bzw. Umstand als Schadensursache erst nach der abschlägigen, einlässlich begründeten Verfügung vorgebracht bzw. bis zum Einspracheentscheid unerwähnt gelassen.

5.2.4 Die Aussage von Dr. I.\_\_\_\_ - weil ein Anprall von vorn nicht geeignet sei, eine traumatisch bedingte Innenmeniskusläsion im Vorder- oder Hinterhornbereich zu bewirken, fänden sich auch keine Anzeichen von Kollateralschäden durch eine fortgeleitete Krafteinwirkung in Form von Signalerhöhungen des Kapselbandapparates oder der korrespondierenden knöchernen Gelenkpartner (Bone bruise, Knochenödem [Suva-act. 37]) - ist sodann nicht relevant. Wie in Erwägung 5.2.1 dargelegt, ist die Ungeeignetheit einer Kontusion für eine traumatische Meniskusläsion unbestritten. Insofern kann in Bezug auf die Frage der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion auch möglichen Kollateralschäden infolge einer Kontusion keine Bedeutung zukommen.

5.2.5 Dr. I.\_\_\_\_ diskutiert in seinen ärztlichen Beurteilungen im Weiteren die für eine Kausalitätsbeurteilung massgebende Bildmorphologie. In seiner Kurzbeurteilung vom 26. Oktober 2016 sprach er von einer bildmorphologisch eindeutig degenerativen Schädigung des Innenmeniskus älterer Genese, wofür die Bakerzyste spreche (Suva-act. 25). In seiner Beurteilung vom 20. Dezember 2016 verwies er auf Dr. D.\_\_\_\_, welcher die kernspintomographischen Bilder des rechten Kniegelenks vom 20. September 2016 (Suva-act. 18) als mukoide Veränderungen, das heisse degenerative Schäden des Innenmeniskus mit konsekutiver Bakerzyste, als leichte Gelenkinnenhautentzündung und beginnende Arthrosezeichen des medialen und



femoropatellaren Gelenkkompartiments interpretiere. Der Radiologe verweise auf fehlende Zeichen einer unfallbedingten Bandschädigung, das Fehlen eines Knochenödems und habe die Existenz von knöchernen, strukturellen Veränderungen verneint. Er habe die vorliegenden Veränderungen des Kniegelenks demnach als verschleissbedingte Veränderungen des Innenmeniskus und des Knorpelbelags beurteilt (Suva-act. 37). Aus Erwägung 5.2.3 lässt sich ableiten, dass das Fehlen einer unfallbedingten Bandschädigung oder eines Knochenödems und die Nichtexistenz von knöchernen, strukturellen Veränderungen allein keine überzeugenden Hinweise gegen einen traumatisch bedingten Meniskusriss sind. Der Meniskusriss stellt - wenn auch keine knöchernen - doch eine strukturelle Veränderung dar, welche - sofern sie traumatisch bedingt ist - typischerweise durch eine Distorsion hervorgerufen wird (vgl. Erwägung 5.2.1). Weshalb diese wiederum zwingend mit einer Bandschädigung oder knöchernen Veränderung auftreten muss oder ein Knochenödem einen typischen Befund einer Distorsion darstellt, wird von Dr. I.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar aufgezeigt. Er beschränkt sich also darauf, weitere nicht zur Diskussion stehende traumatische Gesundheitsschäden auszuschliessen. Dr. D.\_\_\_\_ spricht sodann zwar von einer mukoiden Degeneration des Innenmeniskus. Seine Formulierung in Bezug auf den hier relevanten Horizontalriss im Hinterhornbereich ("wohl degenerativem"; wohl = eventuell, möglicherweise, unter Umständen, gegebenenfalls) lässt indessen einen Wertungs- bzw. Beurteilungsspielraum erkennen. Von Eindeutigkeit kann damit nicht gesprochen werden. Zwischen einer Baker-Zyste und einer Meniskusläsion kann zwar gemäss medizinischer Literatur ein Zusammenhang bestehen (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 204, 1146; DEBRUNNER, a.a.O., S. 1058). Hinsichtlich der Ursächlichkeit der Meniskusläsion ist damit jedoch nichts gesagt. Diese gilt es umfassend nach mehreren Kriterien zu beurteilen. Dr. F.\_\_\_\_ erklärt in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016 nachvollziehbar, dass eine 100%ige alleinige unfallbedingte Ursache letztendlich nicht sicher beweisbar sei. Eine allfällige Degeneration des Meniskus könne bei einem 52-jährigen Patienten schon vorliegen. Beim Beschwerdeführer habe sich jedoch intraoperativ keine wesentliche Degeneration gezeigt und der Meniskusriss selbst mit einem eingeschlagenen Lappen. Der Unfall sei bereits am 31. August 2016 erfolgt, d.h. knapp einen Monat vor der Erstvorstellung in seiner Sprechstunde und drei Wochen vor dem MRT. Eine Bakerzystenbildung im Rahmen einer posttraumatischen Synovialitis sei in diesem Zeitraum möglich und er sehe im Zusammenhang mit der



Anamnese und den intraoperativen Befunden eine unfallähnliche Schädigung als hauptverantwortlich (Suva-act. 34). Eine möglicherweise degenerative Erkrankung stellt sodann die Chondropathie femorotibial medial (Grad I-II) und retropatellär (Grad II) dar (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 329; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 326).

Angesichts der morphologischen Gegebenheit einer Chondropathie femorotibial medial Grad I-II bezüglich der sich ebenfalls medial befindenden Meniskusläsion von einer älteren Genese und eindeutig degenerativen Schädigung zu sprechen, erscheint jedoch angesichts der vorliegenden, von Dr. F.\_\_\_\_ überzeugend als unwesentlich eingestuft, degenerativen Zustände nicht schlüssig. Im Untersuchungsbericht vom 20. Dezember 2016 hielt dieser vor allem auch fest, dass sich intraoperativ - abgesehen von der Chronropathie I. Grades - ein unauffälliger Knorpel gefunden habe (Suva-act. 38). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass insgesamt dem bildmorphologischen Aspekt keine Anhaltspunkte für einen überwiegend wahrscheinlich degenerativen Meniskusriss zu entnehmen sind und der Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ die insgesamt schlüssigere Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ gegenüber steht.

5.2.6 Im konkreten Fall erweist sich schliesslich der Hinweis von Dr. I.\_\_\_\_ auf den Begriff "post hoc ergo propter hoc" als untauglich. Allgemein vermag dieser juristisch gesehen zwar nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 FM 1205; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 43 f. zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb, SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52, E. 7.2.4, sowie SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, E. 4.2.3, je mit Hinweisen). Die blosser 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. Eine Gesamtbetrachtung lässt jedoch nicht die Schlussfolgerung zu, dass die am 20. September 2016 radiologisch erhobene (Suva-act. 18) und am 6. Oktober 2016 arthroskopisch bestätigte und behandelte Läsion des Innenmeniskus (Suva-act. 24) überwiegend wahrscheinlich unfallfremd war. Wie in Erwägung 5.2.2 dargelegt, ist bereits die Annahme von Dr. I.\_\_\_\_, es liege (nur) ein Anpralltrauma vor, nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass keinerlei Hinweise gegen eine Beschwerdefreiheit des Beschwerdeführers im Bereich des rechten Knies vor dem Unfall bestehen (vgl. Suva-act. 21). Dagegen konnte er laut seinen Angaben gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ nach dem Unfall wegen starker Knieschmerzen



nicht mehr weiterarbeiten (Suva-act. 17). Bereits am Unfalltag wurde eine ärztliche Behandlung erforderlich (Suva-act. 43). Dass die röntgenologische Untersuchung am Unfalltag keine Meniskusläsion gezeigt hat (Suva-act. 13), stellt noch keinen Hinweis gegen eine traumatische Meniskusläsion dar (Die Diagnose erfolgt vor allem mittels MRT und Arthroskopie: vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1059; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1146; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1204). Anlässlich der Erstbehandlung erhob Dr. C.\_\_\_\_ immerhin solche für eine mediale Meniskusläsion im Hinterhornbereich typischen Symptome wie Schmerzen im medialen Kniegelenksspalt und eine endphasig schmerzhaft Knieflexion (Suva-act. 17; DEBRUNNER, a.a.O., S. 1058; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1204; LEITLINIE DER ORTHOPÄDIE, a.a.O., S. 142). Eine radiologische Objektivierung eines Meniskusrisses bei anhaltenden, für eine Meniskusläsion typischen Schmerzen, erfolgte im Übrigen bereits rund einen Monat nach dem Unfall durch Dr. D.\_\_\_\_ mittels MRI (Suva-act. 18). Hinsichtlich der Bakerzyste hielt Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016 - wie gesagt - fest, dass sich eine solche im Zeitraum zwischen Unfall und MRI-Untersuchung entwickeln könne (Suva-act. 34). Insgesamt ist mithin von einem für den Wahrscheinlichkeitsbeweis bedeutsamen zeitlichen Zusammentreffen zwischen Knieunfall und radiologischer Objektivierung der Meniskusläsion auszugehen, mit dessen Beachtung man sich nicht nur der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" bedient.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Suva-act. 25) und vom 22. Dezember 2016 (Suva-act. 37) Zweifel bestehen. Den Feststellungen und Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ kann zudem nichts entgegengehalten werden, was die Zweifel an den Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ beheben könnte. Das Gericht kommt mithin anhand der vorliegenden medizinischen Akten zum Schluss, dass die Verursachung der Meniskusläsion überwiegend wahrscheinlich durch das versicherte Unfallereignis vom 31. August 2016 entstanden ist. Es ist demzufolge auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, dass bei der Arthroskopie vom 6. Oktober 2016 eine traumatisch bedingte Meniskusläsion behandelt worden ist.

6.



## St.Galler Gerichte

Nach dem Gesagten ist anhand der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die am 6. Oktober 2016 arthroskopisch behandelte Meniskusläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 31. August 2016 verursacht worden ist, womit die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Unrecht per 5. Oktober 2016 eingestellt hat.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 8. März 2017 (Suva-act. 48) gutzuheissen.

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

7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter macht mit der Kostennote vom 14. August 2017 ein Honorar von Fr. 4'247.50 geltend, wobei darin auch der Zeitaufwand das Einspracheverfahren betreffend und die Kosten des im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten Arztberichts von Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2016 (Suva-act. 38) eingerechnet sind (act. G 8). Kosten der Rechtsvertretung im Einspracheverfahren bzw. im Zusammenhang mit diesem können nicht im Beschwerdeverfahren abgegolten werden. Anzumerken bleibt, dass im Einspracheverfahren grundsätzlich keine Parteientschädigungen zugesprochen werden (Art. 52 Abs. 3 ATSG). In Anbetracht des Gesagten ist die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen, Mehrwertsteuer) festzusetzen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 8. März 2017 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalls vom 31. August 2016 über den 4. Oktober 2016 hinaus leistungspflichtig ist.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen, Mehrwertsteuer) zu bezahlen.