



Fall-Nr.: UV 2017/62
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 16.10.2018
Entscheiddatum: 16.10.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 16.10.2018

Art. 6 UVG: Meniskusriss als degenerativer Vorzustand bzw. Verneinung eines unfallbedingten Meniskusrisses (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Oktober 2018, UV 2017/62).

Entscheid vom 16. Oktober 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin

Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2017/62

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Fernmeldetechniker bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 23. Januar 2017 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall. Der Versicherte sei am 23. Oktober 2016 in Z.____ beim Spazieren ausgerutscht (Suva-act. 1). Am 8. November 2016 hatte der Versicherte seinen Hausarzt Dr. med. pract. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Pneumologie FMH, konsultiert und ihm gegenüber angegeben, er sei am 23. Oktober 2016 gestolpert und aufs Knie gestürzt. Dr. C.____ hatte klinisch einen Druckschmerz im medialen Gelenkspalt und einen leichten Erguss erhoben und sodann die Verdachtsdiagnosen Meniskopathie und Meniskusriss gestellt (Suva-act. 15).

A.b Wegen anhaltender Knieschmerzen links hatte sich der Versicherte auf Zuweisung von Dr. C.____ am 14. November 2016 einer MRI-Untersuchung in der Klinik D.____ unterzogen. Bei dieser hatten sich eine ausgeprägte Imbibierung des medialen Seitenbandes, vereinbar mit einem Status nach Zerrung, eine Degeneration des Innenmeniskushinterhorns, verdachtsweise ein kleines, in den medialen Recessus disloziertes Meniskusfragment und ein deutlicher Erguss im Recessus suprapatellaris gezeigt (Suva-act. 20).

A.c Am 1. Dezember 2016 hatte eine Konsultation bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie F.____, stattgefunden. Dieser diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 24. Januar



2017 eine mediale Meniskopathie Knie links und stellte die Indikation zur Kniearthroskopie mit Überprüfung der Meniskusverhältnisse und Meniskussanierung evtl. Knorpelglättung (Suva-act. 3). Am selben Tag wurde die Suva um eine entsprechende Kostengutsprache ersucht (Suva-act. 4). Der arthroskopische Eingriff wurde am 25. Januar 2017 in der Klinik G.____ durchgeführt (Suva-act. 6). Gleichentags erteilte die Suva Dr. C.____ Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung nach aktuellem UVG-Tarif (Suva-act. 5).

A.d Zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht in Bezug auf die Operation vom 25. Januar 2017 legte die Suva den Schadenfall ihrer Kreisärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vor. Diese erklärte in einer Stellungnahme vom 9. März 2017, dass die Meniskusläsion des Versicherten degenerativer Genese sei und deshalb auch die Operation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfallereignis vom 23. Oktober 2016 sei. Frisch sei allerdings eine Seitenbandzerrung, die aber nach maximal 6 Wochen abgeheilt sei und auch keine Operation brauche (Suva-act. 21).

A.e Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung verfügte die Suva am 14. März 2017 die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 24. Januar 2017. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 23. Oktober 2016 eingestellt hätte, sei zwar spätestens am 4. November 2016 erreicht gewesen. Aufgrund der andauernden Abklärungen und der schwierigen Trennung der beiden unterschiedlichen Diagnosen am linken Knie würden jedoch bis zum 24. Januar 2017 Versicherungsleistungen erbracht und werde keine Trennung vorgenommen (Suva-act. 23).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 14. März 2017 erhob der Versicherte am 29. März 2017 mündlich Einsprache (Suva-act. 28, 30).

B.b Nach Einholung einer Beurteilung von Dr. H.____ vom 10. April 2017, worin diese eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen den arthroskopisch behandelten Beschwerden und dem Unfall vom 23. Oktober 2016 erneut verneinte



St.Galler Gerichte

(Suva-act. 34), wies die Suva die Einsprache vom 29. März 2017 mit Einspracheentscheid vom 28. Juli 2017 ab (Suva-act. 37).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juli 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 24. August 2017 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen über den 24. Januar 2017 hinaus zu gewähren. Der Beschwerdeführer stellte ausserdem ein Gutachten von Dr. med. I.____ in Aussicht (act. G 1), reichte dann aber am 31. August 2017 einen Bericht von Dr. E.____ vom 4. April 2017 ein (act. G 3.2).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2017 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

C.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 7).

Erwägungen

1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 23. Oktober 2016 und erbrachte Heilkostenleistungen für die ärztliche Behandlung durch Dr. C.____ (Suva-act. 5). Taggeldleistungen wurden von der Beschwerdegegnerin nie erbracht (vgl. Suva-act. 19-1). Am 25. Januar 2017 erfolgte eine Kniearthroskopie links mit medialer Teilmeniskektomie (Suva-act. 6). Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Beurteilungen ihrer Kreisärztin Dr. H.____ vom 9. März 2017 (Suva-act. 21) und 10. April 2017 (Suva-act. 34) davon aus, der operative Eingriff habe keine unfallkausalen Gesundheitsschäden umfasst. Sie stellte die bisherigen Versicherungsleistungen per 24. Januar 2017 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Leistungen (Suva-act. 24). Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob die Leistungseinstellung bzw. Verneinung weiterer Leistungsansprüche des Beschwerdeführers per vorgenanntem Datum zu Recht erfolgt ist.

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. 1 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 der Streitigkeit ein Unfall aus dem Jahr 2016 zu Grunde liegt, 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; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55 ff.). 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 E. 5d/bb; 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 181 E. 3.1 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Ebenso wie der leistungs begründende 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 (BGE 117 V 263 ff. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche 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. Beweislosigkeit ist anzunehmen, 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 bzw. -ärztinnen 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 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. H.____ vom 9. März 2017 (Suva-act. 21) und 10. April 2017 (Suva-act. 34). 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 Einstellung der Heilbehandlungsleistungen (24. Januar 2017) litt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen unter Kniebeschwerden links. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomographie, 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 Dr. C.____ erhob beim Beschwerdeführer anlässlich seiner klinischen Untersuchung vom 8. November 2016 Symptome einer Meniskusläsion, worauf er die



Verdachtsdiagnosen Meniskopathie und Meniskusriss stellte (Suva-act. 15). Bei anhaltenden Knieschmerzen wies er den Beschwerdeführer einer MRI-Untersuchung der Klinik D.____ zu. Bei der am 14. November 2016 durchgeführten Untersuchung wurden im medialen Kompartiment insbesondere eine ausgeprägte ödematöse Imbibierung des medialen Seitenbandes, eine Degeneration des Innenmeniskus mit verdachtsweise kleinem, in den medialen Recessus disloziertem Meniskusfragment, und ein deutlicher Erguss im Recessus suprapatellaris festgestellt (Suva-act. 20). Bei der am 25. Januar 2017 vorgenommenen Kniegelenksarthroskopie links liess sich schliesslich im Hinterhorn des medialen Kompartiments ein horizontaler Lappenriss, welcher nach unten eingeschlagen war, bestätigen und mühelos luxieren. Der Lappenriss wurde arthroskopisch mit einer Teilmeniskektomie behandelt (Suva-act. 6).

4.3 Es ist unbestritten, dass beim Beschwerdeführer angesichts der in Erwägung 4.2 dargelegten Untersuchungsergebnisse eine Meniskusläsion als strukturelle Läsion objektiviert werden konnte, wobei Dr. H.____ in ihren Beurteilungen nicht von einer traumatisch verursachten Meniskusläsion, sondern von einem degenerativen Vorzustand ausging. Als direkte Folge des Unfalls vom 23. Oktober 2016 beurteilte sie hingegen die gestützt auf das MRI-Untersuchungsergebnis vom 14. November 2016 ebenfalls erhobene Seitenbandzerrung (Suva-act. 21, 34). Mit Schreiben vom 25. Januar 2017 anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für Heilbehandlungen offenbar ohne Kenntnis der genauen Gesundheitsschädigungen nur gegenüber Dr. C.____ (Suva-act. 5), während sie nach Kenntnisnahme des Vorliegens einer Meniskusläsion bzw. deren operativer Behandlung die Durchführung weiterer Abklärungen anzeigte (Suva-act. 12 f.). Die Einstellung der Heilbehandlungsleistungen der Beschwerdegegnerin per 24. Januar 2017 erfolgte demnach zum einen vor dem Hintergrund, dass sie die Seitenbandzerrung als vorübergehende unfallkausale Gesundheitsschädigung anerkannte, die Verletzung jedoch per vorgenanntem Leistungseinstellungsdatum mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als abgeheilt betrachtete. Zum anderen nahm sie die Leistungseinstellung vor, weil sie die Ursache für die Meniskusläsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit überhaupt nie im Unfall vom 23. Oktober 2016 gegeben sah (Suva-act. 24, act. G 5/II.2.). Bei Beweislosigkeit hätte mithin hinsichtlich der Frage, ob eine Unfallkausalität in Bezug auf die



Seitendbandzerrung besteht, die Beschwerdegegnerin die Beweislast zu tragen, in Bezug auf die Meniskusläsion hingegen der Beschwerdeführer (vgl. Erwägung 3.1).

5.

5.1 Bei einer 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. ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1056 ff.; ALFRED BÜHLER, die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, S. 85 und 88). Grundsätzlich sind beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität) denkbar. Tritt bereits im Rahmen einer - was hinsichtlich der MRI-Untersuchung vom 14. November 2016 zutrifft - in zeitlicher Nähe zum Unfall durchgeführten radiologischen Untersuchung eine strukturelle Läsion zutage, kann diese somit sowohl eine traumatische Läsion als auch einen degenerativen Vorzustand darstellen.

5.2 In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist aufgrund einer Gesamtbetrachtung der vorliegenden Akten und gestützt auf die Beurteilungen von Dr. H.____ vom 9. März 2017 (Suva-act. 21) und 10. April 2017 (Suva-act. 34) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht von einer traumatisch verursachten Meniskusläsion, sondern von einem degenerativen Vorzustand auszugehen.

5.3 Eine massgebende Komponente für die Kausalitätsbeurteilung stellt zunächst der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil dar. Aus den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber seinem Hausarzt Dr. C.____ - er sei am 23. Oktober 2016 gestolpert und auf das Knie gefallen (vgl. Suva-act. 15) - wäre an sich, wie von Dr. H.____ angenommen, eine Kontusion zu folgern. Laut der Kreisärztin ist eine Kontusion nicht geeignet, einen Meniskusriss zu verursachen (vgl. Suva-act. 34), dies in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur, wonach insbesondere eine Distorsion bzw. ein Rotationstrauma eine Meniskusläsion hervorzurufen vermag (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1057; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. S. 1204; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch,



267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 1146; LEITLINIE 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. 141). Der Umstand, dass Dr. H.____ gestützt auf das Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 14. November 2016 (Suva-act. 20) von einer beim Unfall erlittenen Seitenbandzerrung ausging (Suva-act. 21, 34), lässt allerdings einen Unfallhergang mit Kontusion einschliesslich Distorsion, d.h. ein Unfallmechanismus, der am 23. Oktober 2016 neben der Bandverletzung auch zu einem traumatisch bedingten Meniskusriss hätte führen können, nicht vollkommen ausschliessen.

5.4 Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet jedoch vor allem auch der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. In diesem Sinne weist Dr. H.____ auf die bedeutsame Anamnese in den Berichten von Dr. E.____ vom 24. Januar 2017 (Suva-act. 3) und 4. April 2017 (Suva-act. 31) hin, wonach der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall seit ca. drei Jahren nach einem einschliessenden Schmerzereignis bei der Arbeit in Knieflexion unter wechselhaften Kniebeschwerden gelitten habe.

5.5 Ein weiterer wichtiger Hinweis für die Beurteilung, ob der Meniskusriss traumatisch oder degenerativ bedingt ist, stellt laut Dr. H.____ die Rissform bzw. Rissmorphologie dar. Ein - wie im konkreten Fall arthroskopisch erhobener - horizontaler Meniskusriss sei, wie übereinstimmend in der Literatur nachgewiesen, in den überwiegenden Fällen degenerativer Genese (Suva-act. 34). Die kreisärztliche Feststellung stimmt mit der Beurteilung des MRI des linken Knies vom 14. November 2016 der Radiologin der Klinik D.____ überein. Diese hielt ausdrücklich eine Degeneration des Innenmeniskushinterhorns fest und erhob in diesem Zusammenhang den Verdacht auf ein disloziertes Meniskusfragment, worauf arthroskopisch der fragliche horizontale Lappenriss diagnostiziert wurde (vgl. Suva-act. 20). Angesichts des Gesagten überzeugt mithin die Schlussfolgerung von Dr. H.____, im konkreten Fall sei von einem vorbestehenden degenerativen Meniskusschaden und nicht von einer traumatischen Meniskusläsion auszugehen.



5.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine traumatische Verursachung des beim Beschwerdeführer am 25. Januar 2017 operierten medialen Meniskusrisses nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt ist. Gestützt wird diese Beurteilung durch die Feststellungen von Dr. E.____ in dessen Bericht vom 4. April 2017, es könne bei länger dauernder Anamnese nicht definitiv unterschieden werden, ob ein Schaden durch einen Unfall oder krankheitsbedingt entstanden sei, und Meniskusrisse könnten ebenfalls auf der Basis von Abnutzungserscheinungen entstehen (Suva-act. 31). Im vorliegenden Fall ist gerade von einer ca. dreijährigen Anamnese auszugehen und Dr. E.____ hält in keiner Weise fest, dass dessen ungeachtet von einer traumatischen Genese auszugehen sei. Seine Bemerkung - massgeblich für die Beurteilung der Kostenübernahme seitens der Beschwerdegegnerin sei das vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallereignis respektive, ob dieses Ereignis der Definition eines Unfalls entspreche (dieses sei entscheidend für die Beurteilung hinsichtlich Kostenübernahme seitens der Suva) - vermag zur Beantwortung der Frage, ob der Meniskusriss traumatisch oder degenerativ entstanden ist, nichts beizutragen. Die Beschwerdegegnerin hat das Ereignis vom 23. Oktober 2016 als Unfall anerkannt. Die Beantwortung der vorgenannten Frage hängt jedoch von zusätzlichen Überlegungen ab, welche insgesamt gegen einen überwiegend wahrscheinlich traumatisch verursachten Meniskusriss sprechen.

5.7 Auszuschliessen ist sodann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch eine richtungsgebende Verschlimmerung des fraglichen Meniskusrisses (siehe dazu RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Genauso wie ein unfallbedingter Meniskusriss als objektiviert gilt, wenn er durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund (mittels Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomographie, Arthroskopie) erhoben wird bzw. bestätigt werden kann (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 [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen), trifft dies grundsätzlich auf eine richtungsgebende Verschlimmerung eines vorbestehenden Meniskusrisses, beispielsweise in Form der Vergrösserung eines ersten Risses zu einem Lappenriss (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1057), zu. Eine richtungsgebende Verschlimmerung wird weder von Dr. H.____ noch von Dr. E.____ explizit diskutiert. Es erscheint naheliegend, dass sich eine solche wahrnehmbar vom



Vorzustand bzw. der altersüblichen Degeneration abheben müsste. Weder der MRI-Untersuchungsbericht noch der Operationsbericht beinhalten offensichtlich solche von den Ärzten in den Zusammenhang mit einer richtungsgebenden Verschlimmerung gebrachte Hinweise (vgl. Suva-act. 6, 20). Der Feststellung von Dr. E.____ in seinem Bericht vom 4. April 2017 - bei länger andauernder Anamnese könne nicht definitiv unterschieden werden, ob ein Schaden durch einen Unfall oder krankheitsbedingt entstanden sei (vgl. Suva-act. 31) - kommt auch im Zusammenhang mit der Untersuchung einer richtungsgebenden Verschlimmerung Bedeutung zu. Angesichts des Gesagten ist eine unfallbedingte Genese nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

6.

6.1 Demnach bleibt die Leistungseinstellung in Bezug auf die unfallbedingte Seitenbandzerrung zu prüfen. Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich häufig anhand der medizinischen Erfahrung bestimmen lässt. Diese bezieht sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In diesem Sinn ist die Bezugnahme auf medizinische Erfahrungssätze dann ungenügend, wenn sie im konkreten Fall keine Grundlage findet. Dr. H.____ geht in ihren Beurteilungen von einer Heilung der Seitenbandzerrung nach maximal sechs Wochen aus (Suva-act. 21, 34). Die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin erfolgte aufgrund der länger dauernden Abklärungen und der schwierigen Trennung der unterschiedlichen Diagnosen am linken Knie - Meniskusriss, Seitenbandzerrung - erst per 24. Januar 2017, d.h. rund 13 Wochen nach dem Unfall.

6.2 Bei einer Bänderzerrung, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, handelt es sich um eine einfache Weichteilverletzung, welche nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos abheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden demzufolge gänzlich zurückbilden (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 412, 1096 f.). Im konkreten Fall ist gegen eine Leistungseinstellung spätestens per 24. Januar 2017 nichts einzuwenden. So weist in den Akten nichts auf einen Ausnahmefall mit einer längeren Heilungsdauer der



Seitenbandzerrung hin. Als Unfallereignis ist ein Ausrutschen bzw. Stolpern mit Sturz auf das linke Knie aktenkundig (Suva-act. 1, 15). Hinweise auf besondere Umstände, welche auf einen Sturz von besonderer Schwere hindeuten könnten, sind weder aktenkundig noch werden solche vom Beschwerdeführer geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 28. September 2017 einleuchtend darauf hin, dass offenbar von Anfang an kein grosser Leidensdruck bestanden habe. Aktenkundig ist echtzeitlich nur die Konsultation bei Dr. C.____ am 8. November 2016 (Suva-act. 15). Zudem wurde der Beschwerdegegnerin der Unfall erst am 23. Januar 2017 gemeldet (Suva-act. 1). Von Bedeutung ist jedoch insbesondere auch, dass Dr. E.____ im Untersuchungsbericht vom 24. Januar 2017 über seine Untersuchung vom 1. Dezember 2016 in Kenntnis des MRI-Untersuchungsbefundes vom 14. November 2016, und damit auch der Seitenbandzerrung, nichts zu dieser notierte, sondern sich einzig zur kernspintomographisch nachgewiesenen Meniskopathie mit Zusatzfragment im Korpusbereich und entsprechender Beschwerdesymptomatik und zum diesbezüglich geplanten Eingriff äusserte (Suva-act. 3). Hinsichtlich des Schmerzereignisses vom 23. Oktober 2016 mit anschliessender Schwellung des Kniegelenks hielt Dr. E.____ anamnestisch fest, dass sich die - möglicherweise für unfallbedingt erachtete - Situation zwischenzeitlich wieder etwas beruhigt habe. Unbestritten ist schliesslich, dass die Operation vom 25. Januar 2017 ausschliesslich den Meniskusschaden und nicht einen Gesundheitsschaden im Bereich des Seitenbandes betraf.

7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen von Dr. H.____ in ihren Beurteilungen vom 9. März 2017 (Suva-act. 21) und 10. April 2017 (Suva-act. 34) - der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall vom 23. Oktober 2016 keine Meniskusläsion im linken Knie zugezogen, bezüglich der Meniskusläsion sei von einem degenerativen Vorzustand auszugehen, der bei der Operation vom 25. Januar 2017 behoben worden sei, und die beim Unfall erlittene Seitenbandzerrung im linken Knie sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach maximal 6 Wochen, vorliegend jedenfalls aber nach 13 Wochen, ausgeheilt - nachvollziehbar und schlüssig begründet sind. Aus rechtlichen Gründen besteht kein Anlass, von ihren Einschätzungen abzuweichen. Es liegt insbesondere keine widersprechende ärztliche



Beurteilung vor. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Juli 2017 (Suva-act. 37), mit welchem die Beschwerdegegnerin ihre Heilbehandlungsleistungen per 24. Januar 2017 eingestellt und damit sowohl eine weitergehende Leistungspflicht für die Seitenbandzerrung verneint als auch ihre Leistungspflicht für die am 25. Januar 2017 durchgeführte mediale Teilmeniskektomie am linken Knie (Suva-act. 6) abgelehnt hat, lässt sich damit nicht beanstanden.

8.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. Juli 2017 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.