



Fall-Nr.:	UV 2017/63
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	14.05.2019
Entscheiddatum:	14.05.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 14.05.2019

Grundsätzliche Verletzung des Devolutiveffekts; aus verfahrensökonomischen Gründen dennoch Einbezug der mit der Beschwerdeantwort eingereichten ärztlichen Beurteilung in den materiellen Entscheid. Anspruch auf eine Parteientschädigung des Beschwerdeführers bejaht. Art. 4 ATSG; Art. 9 Abs. 1 UVV: Ein Sturz zu Boden erfüllt das Unfallbegriffsmerkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors. Die Frage, ob hinsichtlich der beschriebenen Körperdrehung von einem Unfall oder zumindest einem unfallähnlichen Ereignis ausgegangen werden kann, kann offengelassen werden. Art. 6 UVG: Was die in den medizinischen Akten an sich genannte VKB-Läsion angeht, ist eine solche überhaupt nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen; bezüglich der kernspintomographisch objektivierten Knochenmarködeme und Spongiosamikrofrakturen ist deren traumatische Verursachung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Mai 2019, UV 2017/63).

Entscheid vom 14. Mai 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Miriam Lendfers und Michaela Machleidt; Gerichtsschreiberin

Sabrina Bleile



Geschäftsnr.

UV 2017/63

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Evalotta Samuelsson, Bahnhofstrasse 12, 8001
Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt



A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Arbeitsloser und durch seine Zwischenverdiensttätigkeit als Zügelmann bei der B.____ AG bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als die Arbeitslosenkasse und die Arbeitgeberin der Suva am 24. Juli 2017 einen Unfall meldeten. Die Arbeitgeberin gab an, der Versicherte habe am 15. Juli 2015 während eines Zügeleinsatzes von einer Hebebühne steigen wollen, habe dabei einen Fehltritt gemacht und sei mit dem linken Fuss weggeknickt (Suva-act. I/1 f.). Eine Erstbehandlung war am Unfalltag durch Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, erfolgt, der nach einer röntgenologischen Untersuchung des oberen Sprunggelenks (OSG) links ohne Hinweis auf eine frische ossäre Läsion eine OSG Distorsion links am 15. Juli 2015 diagnostiziert und dem Versicherten ab dem 15. Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (Suva-act. I/15, I/17). Mit Schreiben vom 28. Juli 2015 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. I/5). Bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit und Schwellung des Rückfusses (vgl. Suva-act. I/20) wurde der Versicherte durch seinen Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt Innere Medizin FMH, für eine MRT-Untersuchung dem Röntgeninstitut E.____ zugewiesen. Dr. med. F.____, FMH Radiologie, hielt in der Beurteilung des Berichts zur MRT-Untersuchung vom 9. September 2015 einen Status nach Ruptur des lateralen Bandapparates, eine Zerrung des Ligamentums deltoideum und der Peronealsehnen sowie eine osteochondrale Läsion des Talusdoms fest (Suva-act. I/27). Am 15. September 2015 wurde der Versicherte durch Dr. med. G.____, Orthopädie des Spitals H.____, und Dr. med. I.____, Assistenzarzt Orthopädie, untersucht, die eine analgetische Medikation verordneten und eine chirurgische Stabilisation für nicht indiziert hielten (Suva-act. I/32). Nachdem sich anlässlich einer weiteren Untersuchung im Spital H.____ durch Dr. med. J.____, Oberarzt Orthopädie, vom 29. September 2015 keine Verbesserung der Situation gezeigt hatte (Suva-act. I/36), wurde am 5. Oktober 2015 eine intraartikuläre, diagnostisch-therapeutische Infiltration des linken OSG durchgeführt (Suva-act. I/38), welche allerdings keine Schmerzlinderung brachte (Suva-act. I/43). Am 2. November 2015 diagnostizierten die Ärzte des Spitals H.____, Dr. med. K.____, Assistenzärztin Orthopädie, und Dr. G.____ eine symptomatische OSG Instabilität nach Distorsionstrauma links vom 15. Juli 2015 mit Ruptur des lateralen Bandapparates mit/



St.Galler Gerichte

bei kleiner osteochondraler Läsion des Talusdomes sowie Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration OSG links am 5. Oktober 2015 ohne Ansprechen (Suva-act. I/43). Zur Behandlung der OSG Instabilität links führten Dr. G.____ und Dr. J.____ am 5. November 2015 eine OSG-Arthroskopie sowie ein Débridement der anterioren Syndesmose sowie eine laterale Stabilisation mittels Periostlappenplastik durch. Die Ärzte verordneten eine Nachbehandlung mit Vacoped mit fixiertem OSG und voller Belastung und bescheinigten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. I/45, I/50, I/61). Suva-Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, bejahte am 25. November 2015 einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang der Operation zum Unfall vom 15. Juli 2015 (Suva-act. I/47).

A.b Mit Schadenmeldung UVG vom 1. Februar 2016 wurde der Suva ein weiteres Ereignis vom 4. Januar 2016 gemeldet. Der Versicherte habe zu Hause zur Toilette gehen wollen. Als er sich im Stehen umgedreht habe, habe er starke Schmerzen im linken Knie bekommen und sei zu Boden gefallen. Er habe dabei die Vacoped-Orthese getragen (Suva-act. II/4). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals H.____, Dr. I.____ und Dr. J.____, hatten am 6. Januar 2016 in Bezug auf das linke Knie einen Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion geäussert. Eine Röntgenuntersuchung des linken Knies vom 8. Januar 2016 hatte keine frischen ossären Läsionen hervorgebracht, jedoch eine unklare Linie über dem Tibiaplateau lateralseits (Suva-act. II/1). Am 13. Januar 2016 war beim Versicherten im Kantonsspital St. Gallen eine MRI-Untersuchung des linken Knies durchgeführt worden. Im gleichentags von den untersuchenden Radiologen erstellten Untersuchungsbericht war in der Beurteilung insbesondere eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes (nachfolgend: VKB) festgehalten worden (Suva-act. II/10). Am 8. Februar 2016 führte Dr. K.____ beim Versicherten eine Punktion sowie eine diagnostisch-therapeutische Infiltration des linken Knies durch (Suva-act. II/6). Am 24. Februar 2016 schilderte der Versicherte in einem Fragebogen der Suva nochmals den Hergang des Ereignisses vom 4. Januar 2016 (Suva-act. II/11). Am 27. Februar 2016 folgte eine Zweitbeurteilung durch Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, spez. Sportmedizin (SGSM), Orthopädie N.____ (Suva-act. II/14). Mit Schreiben vom 7. März 2016 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass kein Unfall vorliege und die Suva demzufolge nicht



leistungspflichtig sei (Suva-act. II/12). Am selben Tag fand eine klinische Verlaufskontrolle durch Dr. K.____ und Dr. G.____ (Suva-act. II/18) und am 5. April 2016 eine Besprechung einer Suva-Mitarbeiterin mit dem Versicherten statt (Suva-act. II/20). Anlässlich der Besprechung hielt die Suva-Mitarbeiterin das Ereignis vom 4. Januar 2016 entsprechend den Angaben des Versicherten nochmals schriftlich fest (Suva-act. II/21). Mit Schreiben vom 12. April 2016 ersuchte der Versicherte, vertreten durch die Helsana Rechtsschutz AG (nachfolgend: Helsana), die Suva um Anerkennung des Ereignisses vom 4. Januar 2016 als Unfall und damit um eine Neu Beurteilung des Schadenfalls (Suva-act. II/22). Die Suva legte daraufhin den Schadenfall mit den Fragen, ob eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden könne, dass die diagnostizierte Zerrung am linken Knie beim Abdrehen und nicht beim Sturz entstanden sei, ihrem Kreisarzt Prof. Dr. med. O.____, Orthopädische Chirurgie, vor, welche dieser am 19. bzw. 29. April 2016 beantwortete (Suva-act. II/23 f.). Mit Schreiben vom 3. Juni 2016 ersuchte die Helsana die Suva um eine einsprachefähige Verfügung (Suva-act. II/26), worauf Prof. O.____ am 6. Juli 2016 nochmals zur Kausalität zwischen den geklagten Kniebeschwerden links und dem vom Versicherten am 5. April 2016 geschilderten Sachverhalt (Suva-act. II/29) Stellung nahm. Nachdem die Helsana die Suva mit Schreiben vom 2. August 2016 abermals ersuchte, das Ereignis vom 4. Januar 2016 als Unfall anzuerkennen (Suva-act. II/30), beurteilte Prof. O.____ den Schadenfall im Auftrag der Suva am 11. August 2016 (Suva-act. II/31) und 18. Oktober 2016 (Suva-act. II/32) erneut. Er gelangte zum Schluss, dass unter Wertung aller medizinischen Fakten, insbesondere des nicht geeigneten Ereignishergangs sowie des MRT-Befundes, nur mit einer möglichen Wahrscheinlichkeit von einem kausalen Zusammenhang zwischen der Zerrung des linken Kniegelenks und dem Ereignis vom 4. Januar 2016 auszugehen sei (Suva-act. II/31 f.). Gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen eröffnete die Suva dem Versicherte mit Verfügung vom 2. November 2016, dass die Kniebeschwerden links weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen seien und die angefragten Versicherungsleistungen deshalb nicht erbracht werden könnten (Suva-act. II/34).



St.Galler Gerichte

A.c In Bezug auf die beim Unfall vom 15. Juli 2015 erlittene OSG-Verletzung links hatte Suva-Kreisärztin Dr. med. P.____, Fachärztin für Neurochirurgie, in einer Stellungnahme vom 11. Juli 2016 erklärt, dass bei einem guten Verlauf sechs Monate postoperativ mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Es liege jedoch kein aktueller klinischer Befund des OSG vor. Für einen Fallabschluss empfehle sie eine kreisärztliche Untersuchung (Suva-act. I/85).

B.

B.a Am 2. Dezember 2016 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 2. November 2016 Einsprache (Suva-act. II/35).

B.b Am 20. Januar 2017 erklärte Prof. O.____ in einer ergänzenden Stellungnahme zu seiner Beurteilung vom 11. August 2016 in Bezug auf das Unfallereignis vom 15. Juli 2015, dass dieses die Kniebeschwerden nicht ausgelöst habe (Suva-act. I/93).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 wies die Suva die Einsprache vom 2. Dezember 2016 ab (Suva-act. II/42).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 erhob die Helsana Rechtsschutz AG für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 30. August 2017 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 sei aufzuheben und es sei die Sache an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals



St.Galler Gerichte

über die Ansprüche entscheide, unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G1).

C.b Am 31. August 2017 reichte Rechtsanwältin lic. iur. Evalotta Samuelsson, Zürich, die Beschwerde als substituierende Rechtsvertreterin der Helsana ein (act. G2).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G6). Sie stützte sich dabei auf eine von PD Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Schwerpunkt für Allgemeinchirurgie und Traumatologie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin am 17. Oktober 2017 vorgenommene chirurgische Beurteilung (Suva-act. II/49).

C.d Rechtsanwältin Samuelsson verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G10).

Erwägungen

1.

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 ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Debatte steht (vgl. dazu Erwägung 2), die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Seitens der Verfahrensparteien ist unbestritten, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. Juli 2015 erlittenen OSG-Verletzung besteht (vgl. Suva-act. I/15). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 (Suva-act. II/42), in welchem die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Kniebeschwerden links des Beschwerdeführers in Bezug auf das Ereignis vom 4. Januar 2016, aber auch bezüglich des Unfalls vom 15. Juli 2015, geprüft hat. Bereits in der Einsprache vom 2. Dezember 2016 hatte jedoch der Beschwerdeführer beantragt, es seien ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen für die Folgen des "Unfalls" vom 4. Januar 2016 zu gewähren (Suva-act. II/35). Auch in der Beschwerde wird eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Kniebeschwerden links im Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Juli 2015 in keiner Weise geltend gemacht, sondern nur auf das Ereignis vom 4. Januar 2016 Bezug genommen (act. G1). Prof. O.____ hat denn auch in seiner Ergänzung vom 16. Januar 2017 zur ärztlichen Beurteilung vom 11. August 2016 (Suva-act. I/93) in Übereinstimmung mit den vorliegenden Akten schlüssig und überzeugend erklärt, dass das Unfallereignis vom 15. Juli 2015 die Kniebeschwerden links nicht ausgelöst habe. Der Beschwerdeführer sei laut Schadenmeldung UVG vom 24. Juli 2015 (Suva-act. I/1) während eines Zügeleinsatzes von einer Hebebühne gestiegen, habe dabei einen Fehltritt gemacht und sei mit dem linken Fuss weggeknickt. Im Rahmen der Erstuntersuchung vom 15. Juli 2015 sei ausschliesslich über Beschwerden am linken OSG berichtet worden. Die Diagnose habe OSG-Distorsion links gelautet (Suva-act. I/15). In den nachfolgenden medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte des Spitals H.____ (vgl. Suva-act. I/32, I/43, I/45, I/62) fänden sich keinerlei Hinweise auf eine Beteiligung des linken Kniegelenks am Unfallereignis vom 15. Juli 2015. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass im vorliegenden Beschwerdeverfahren einzig die Leistungspflicht der



Beschwerdegegnerin für das Ereignis vom 4. Januar 2016 und die seither geklagten Kniebeschwerden links streitig und zu prüfen ist.

3.

3.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung sind gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV folgende Körperschädigungen den Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h). Allerdings ist auch hier zumindest ein Geschehen entsprechend einem unfallähnlichen Geschehen gefordert, d.h. ein Geschehen, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotential innewohnt bzw. das mit einer plötzlich erhöhten Krafteinwirkung auf den menschlichen Körper verbunden ist (BGE 129 V 467 E. 2.2, 4.2.2).

3.2 Die leistungsansprechende Person muss die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft machen. Zur Glaubhaftmachung genügt es nicht, einen Gesundheitsschaden nachzuweisen, der möglicherweise auf ein Unfallereignis zurückgehen könnte, sondern es müssen über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Umstände des Ereignisses ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Zu diesem Zweck hat es den Sachverhalt von Amtes wegen zu untersuchen, kann aber die Mitwirkung der Parteien beanspruchen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; THOMAS



LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 2 ff., N. 20; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 29; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50; Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung [Hrsg. von MARC HÜRZELER/UELI KIESER], Art. 6 UVG, N 9). Das Gericht stellt auf jene Sachverhaltsdarstellung ab, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. dazu LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58 f.: Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sozialversicherungsrecht, die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht).

3.3 Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/ HOLZER, a.a.O., S. 53 ff.). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine reine Rechtsfrage (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55, 58; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C_522/2007, E. 4.3.2). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3.a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45 ff.). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich ebenfalls nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in



der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.).

3.5 In beweisrechtlicher Hinsicht ist schliesslich allgemein zu beachten, dass der Untersuchungsgrundsatz eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Bei den Fragen, ob ein Unfallereignis bzw. ein unfallähnliches Ereignis geschehen ist und ob ein leistungs begründender Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis bzw. einem unfallähnlichen Ereignis und einer Gesundheitsschädigung gegeben ist, liegt die Beweislast mithin bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich



erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin liess zunächst den medizinischen Sachverhalt bzw. die Kausalitätsfragen durch ihren Kreisarzt Prof. O.____ prüfen und verneinte ihre Leistungspflicht im Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 (Suva-act. II/42) gestützt auf dessen Beurteilungen vom 19. April 2016 (Suva-act. II/23), 29. April 2016 (Suva-act. II/24), 6. Juli 2016 (Suva-act. II/29), 11. August 2016 (Suva-act. II/31) und 18. Oktober 2016 (Suva-act. II/32). Erst nach Beschwerdeerhebung reichte sie, zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 3. November 2017 (act. G6), die versicherungsmedizinische chirurgische Beurteilung von Dr. Q.____ vom 17. Oktober 2017 (Suva-act. II/49) ein. Grundsätzlich kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen) zugelassen. Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (vgl. BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweis auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 Rz 123).

4.2 Bei der 27-seitigen versicherungsmedizinischen chirurgischen Beurteilung von PD Dr. Q.____ handelt es sich um eine detaillierte und umfangreiche Stellungnahme. Zudem



liess die Beschwerdegegnerin den massgeblichen medizinischen Sachverhalt nicht bereits vor Erlass der Verfügung vom 2. November 2016 (Suva-act. II/34) und des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. Juni 2017 (Suva-act. II/42) kreisärztlich umfassend abklären. Insbesondere die Frage der Ätiologie der Spongiosa-Mikrofraktur des lateralen Femurkondylus und der Knochenmarködeme bzw. der Kausalität derselben zum Ereignis vom 4. Januar 2016 sowie eine umfassende Prüfung des Vorliegens organisch objektivierter Korrelate, welche einer in Art. 9 Abs. 2 lit. a - h UVV aufgeführten Körperschädigungen entsprechen könnten, wurden erst durch Dr. Q.____ beantwortet bzw. vorgenommen (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägungen 8 f.). Dies, obwohl der Beschwerdeführer entsprechende Fragen bereits in einem Schreiben vom 2. August 2016 (Suva-act. II/30) und in der Einsprache vom 2. Dezember 2016 (Suva-act. II/35) aufgeworfen hatte. Die Beschwerdegegnerin hat damit die notwendigen Abklärungen in ein späteres Verfahren verschoben und den Devolutiveffekt grundsätzlich verletzt. Angesichts dessen, dass die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erstellt wurde und keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursachte, kann die Einholung der fraglichen Beurteilung dennoch als zulässig betrachtet werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5). Die Aktenbeurteilung wurde dem Beschwerdeführer zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und er bzw. sie hätten sich im Rahmen der Replik dazu äussern können, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Nachdem der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichtet und damit nicht zum Ausdruck gebracht hat, dass er die versicherungsmedizinische chirurgische Beurteilung von Dr. Q.____ vom 17. Oktober 2017 aus dem Recht gewiesen haben möchte und einer Aufhebung des Einspracheentscheids und der Rückweisung zur Durchführung eines korrekten Verfahrens gegenüber einem materiellen Entscheid den Vorzug geben würde, rechtfertigt es sich, diese aus verfahrensökonomischen Gründen in den materiellen Entscheid einzubeziehen.

5.



Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Zweifel am Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilungen von Prof. O.____ sind insoweit berechtigt, als darin teilweise zur Ursächlichkeit einer Meniskusläsion Stellung genommen wird (Suva-act. II/29, II/31), dieser medizinischen Frage indes keine Bedeutung zukommt. Die zunächst im Untersuchungsbericht vom 15. Januar 2016 von Dr. I.____ und Dr. J.____ basierend auf klinischen Symptomen und Zeichen gestellte Verdachtsdiagnose (Suva-act. II/1) konnte im MRT vom 13. Januar 2016 nicht bestätigt werden (Suva-act. II/10), weshalb die Diagnose in den nachfolgenden Untersuchungsberichten nicht mehr gestellt wurde (Suva-act. II/2, f.). Die vorgenannten Beurteilungen von Prof. O.____ sowie diejenige vom 29. April 2016 (Suva-act. II/24) enthalten jedoch auch Aussagen zur Kausalität zwischen der im MRT-Untersuchungsbericht aufgeführten Zerrung des VKB und dem hier streitigen Ereignis vom 4. Januar 2016 (Suva-act. II/10). Die Frage des Beweiswerts der kreisärztlichen Beurteilungen kann letztlich deshalb offengelassen werden, weil die chirurgische Beurteilung von Dr. Q.____ vom 17. Oktober 2017 (Suva-act. II/49) für die Beantwortung der vorliegenden Rechtsfragen (vgl. Erwägungen 8 f.) ein überzeugendes Bild der dabei relevanten medizinischen Fragen abgibt.

6.

In der Folge gilt es materiell-rechtlich in einem ersten Schritt zu prüfen, ob in Bezug auf das Ereignis vom 4. Januar 2016 von einem Unfall im Rechtssinn oder zumindest von einem unfallähnlichen Ereignis ausgegangen werden kann. In einem zweiten Schritt ist dann gegebenenfalls zu klären, welche Gesundheitsschäden überhaupt bestehen und ob die Kausalität der nachgewiesenen Gesundheitsschäden zum Ereignis rechtsgenügend erstellt ist.

7.

Laut den im Wesentlichen übereinstimmenden Ereignisschilderungen in der Schadenmeldung UVG vom 1. Februar 2016 (Suva-act. II/4), in dem vom Beschwerdeführer am 24. Februar 2016 beantworteten Fragebogen (Suva-act. II/11)



und in der schriftlich festgehaltenen Erklärung des Beschwerdeführers vom 5. April 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin (Suva-act. II/21) wollte der Beschwerdeführer am 4. Januar 2016 im Stehen seinen Körper umdrehen, um zur Toilette zu gehen, worauf er sofort einen starken Schmerz verspürt hat und zu Boden gefallen ist. Wegen des früheren Unfalls vom 15. Juli 2015 trug er eine Vacoped-Orthese. In der Erklärung vom 5. April 2016 wird ausserdem beschrieben, die Vacoped-Orthese bzw. der Fuss hätten bei der Drehbewegung nicht nachgegeben, weshalb sich der Beschwerdeführer das linke Knie verdreht habe (Suva-act. II/21). Unbestritten ist, dass der Sturz zu Boden das Unfallbegriffsmerkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors erfüllt (Art. 4 ATSG). Strittig ist hingegen, ob die vom Beschwerdeführer vor dem Sturz durchgeführte Körperdrehung als Unfall oder zumindest als unfallähnliches Ereignis zu qualifizieren ist. Als mögliche Gesundheitsschädigungen als Folge eines Unfalls oder eines unfallähnlichen Ereignisses stehen laut medizinischen Akten (Suva-act. II/2 f., II/10, II/49) und den Vorbringen des Beschwerdeführers (Suva-act. II/30, II/35, act. G1) eine Läsion des VKB, Knochenmarködeme sowie eine Spongiosamikrofraktur des lateralen Femurkondylus zur Diskussion. Wie die nachfolgenden Erwägungen (Ziff. 8 f.) zeigen, ist jedoch eine VKB-Läsion überhaupt nicht und was die Knochenmarködeme angeht, deren traumatische Verursachung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Demnach kann offengelassen werden, ob allenfalls auch die Drehung die Begriffsmerkmale eines Unfalls oder eines unfallähnlichen Ereignisses erfüllt.

8.

8.1 Im MRT-Untersuchungsbericht vom 13. Januar 2016 (Suva-act. II/10) ist in der Beurteilung - basierend auf dem Befund einer Signalstörung im kausalen Abschnitt des in Kontinuität erhaltenden VKB des linken Knies - eine Zerrung des VKB links festgehalten. Dr. Q.____ kommt jedoch in seiner chirurgischen Beurteilung vom 17. Oktober 2017 (Suva-act. II/49) zum Schluss, dass keine Hinweise für eine beim Ereignis vom 4. Januar 2016 stattgehabte frische Läsion des VKB vorliegen würden. Auch Prof. O.____ ist der Ansicht, dass nur mit einer möglichen Wahrscheinlichkeit von einer



Zerrung des linken Kniegelenks infolge des Ereignisses vom 4. Januar 2016 ausgegangen werden könne (Suva-act. II/24, II/29, II/31).

8.2

8.2.1 In überzeugender Weise analysiert Dr. Q.____ zunächst das Ergebnis der MRT-Untersuchung des linken Knies (Suva-act. II/10, Suva-act. II/49-16 ff.). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wird nämlich für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich wird von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen hauptsächlich dann gesprochen, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/ bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 82 E. 5.4 mit Hinweisen). Dr. Q.____ geht allgemein anhand der betreffenden medizinischen Literatur auf das Läsionsbild einer Kreuzbandverletzung, das Phänomen des Ödems/ Knochenmarködems im MRT, welches sich als Begleitpathologie bei vorderen Kreuzbandrissen statistisch signifikant bildgebend manifestiert (vgl. dazu PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 997), sowie den Unfallmechanismus und die rechtzeitig erhobenen klinischen Befunde - ebenfalls entscheidende Beurteilungskomponenten für die Beantwortung der Frage, ob der Beschwerdeführer am 4. Januar 2016 eine VKB-Läsion erlitten hat - ein (Suva-act. II/49-20 ff.). Seine allgemeinen medizinischen Ausführungen erscheinen schlüssig und zuverlässig erhoben und bilden eine nachvollziehbare Grundlage für seine - nach Darstellung einer lückenlosen Anamnese - vorgenommene Beurteilung, ob im konkreten Fall von einer VKB-Läsion auszugehen ist. Diese Vorgehensweise überzeugt, indem sie durch die Einordnung des konkreten Falles die Überprüfung bzw. Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Schlussfolgerung ermöglicht.



8.2.2 Laut Ausführungen des Versicherungsmediziners wäre bei einer akuten Ruptur des VKB im MRT eine Signalintensitätsanreicherung mit unterbrochenem Signal, zusätzlich ein Knochenmarködem im lateralen, dorsalen Tibiaplateau und am lateralen Femurkondylus (vgl. Erwägung 9.1.1) zu finden (Suva-act. II/49-21). In Bezug auf das konkrete MRT-Befundergebnis vom 13. Januar 2016 stellt Dr. Q.____ überzeugend fest, dass ein Erguss als Hinweis auf eine intraartikuläre Blutung durch Zerreissung der VKB-nahen Gefässe im Synovialmantel und eine Kontinuitätsunterbrechung als typisches zusätzliches Zeichen einer frischen Ruptur eines Kreuzbandes fehlen würden (Suva-act. II/49-22; vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1092 f.). Das MRT vom 13. Januar 2016 zeigt laut Dr. Q.____ eine völlig normale Konsistenz des VKB (Suva-act. II/49-17); die leichte Signalalterierung entspreche keiner Ruptur (Suva-act. II/49-24). Im MRT-Untersuchungsbericht werden zwar mehrere Knöchelmarködeme im Kniegelenk erwähnt, nicht jedoch im zentralen Kompartiment, wo die Signalstörung beim VKB erhoben worden ist, d.h. nicht an der für eine VKB-Ruptur offensichtlich typischen Stelle. Auch Dr. M.____ ist im Übrigen im Untersuchungsbericht vom 27. Februar 2016 anhand der MRT-Bilder vom 13. Januar 2016 von strukturell unauffälligen Bändern ausgegangen (Suva-act. II/14).

8.2.3 Ein Vergleich zwischen dem konkreten Bewegungsablauf und dem für eine VKB-Läsion typischen Unfallmechanismus dient - wie bereits erwähnt - ebenfalls der Beurteilung, ob im konkreten Fall von einer VKB-Läsion auszugehen ist. Laut Dr. Q.____ ist in der medizinischen Literatur noch vieles in der genauen Beschreibung des Unfallmechanismus für eine vordere Kreuzbandläsion unklar. Die im Wintersport typische Verletzung komme durch eine sogenannte antero-posterior-Bewegung zustande (der Körper bleibe bei gleichzeitiger Beschleunigung des Unterschenkels nach vorn zurück). In Bezug auf den konkreten Fall stellt Dr. Q.____ indessen überzeugend fest, dass ein solcher Bewegungsmechanismus beim Beschwerdeführer sicher nicht stattgefunden habe, weil dieser gemäss eigenen Aussagen ein Verdrehtrauma erlitten habe (Suva-act. II/49-20, 22).



8.2.4 Nicht zu bezweifeln ist sodann, dass eine bestimmte Verletzung in der Regel mit typischen klinischen Befunden bzw. mit verletzungsspezifischen Symptomen einhergeht und insofern die klinischen Befunde des konkreten Falls von Bedeutung sind. Als typische Symptome einer VKB-Läsion nennt Dr. Q.____, wie bereits erwähnt, das Knochenmarködem sowie die in der medizinischen Literatur ausserdem erwähnte Instabilität (Suva-act. II/49-22; vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 636 ff., 1093 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 209, 997). Anlässlich der klinischen Untersuchung vom 6. Januar 2016 durch Dr. I.____ und Dr. J.____ zeigte sich ein linkes Knie mit reizlosen Haut- und Weichteilverhältnissen, ein minimaler intraartikulärer Erguss, eine leichte Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt mit hier auslösbaren Meniskuszeichen und ansonsten ein ligamentär stabil geführtes Kniegelenk (Suva-act. II/1). Ein Meniskusriss konnte später, wie bereits erwähnt, weder radiologisch noch klinisch objektiviert werden (Suva-act. II/10, II/14; vgl. Erwägung 5). Anlässlich der klinischen Untersuchung vom 20. Januar 2016 präsentierte sich den vorgenannten Ärzten erneut ein linkes Knie mit reizlosen Haut- und Weichteilverhältnissen und mit einem sehr wenig intraartikulären Erguss sowie eine moderate Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt. Im Lachmann-Test zeigte sich ein verlängerter Weg mit einem eher federnden Anschlag (Suva-act. II/2). Die Befunde wiederholten sich anlässlich einer Untersuchung bei Dr. I.____ und Dr. G.____ am 2. Februar 2016 (Suva-act. II/3). Dr. M.____, welcher den Beschwerdeführer am 25. Februar 2016 für eine Zweitbeurteilung untersuchte, stellte inspektorisch ein unauffälliges Knie fest und erhob keinen Erguss. Die Beweglichkeit war frei und die Seitenbänder waren stabil. Das VKB zeigte ein etwas erhöhtes Spiel, dies aber symmetrisch zur Gegenseite. Schmerzen wurden im proximalen Corpus Hoffa im Bereich der Patellaspitze angegeben (Suva-act. II/14). Eine Gesamtbetrachtung zeigt mithin im Wesentlichen übereinstimmende oder - im Falle von Dr. M.____ - sogar geringere Befunde. Hinsichtlich der Befunde von Dr. M.____ räumt Dr. Q.____ zwar ein, dass ein Erguss durch die Ruptur des Kreuzbandes bis zum Untersuchungszeitpunkt bei effizienter, konservativer Therapie verschwunden sein möge. Allerdings legt er überzeugend dar, dass die Instabilität eine Asymmetrie zur gesunden Gegenseite erwarten lasse. Dies sei nicht der Fall. Er zieht die plausible Schlussfolgerung, dass die vorgefundene Klinik nicht massiven Verletzungen des Kniegelenks entspreche bzw. eine Kreuzbandläsion aufgrund der Klinik nicht zu bestätigen sei (Suva-act. II/49-22).



8.2.5 Die Diagnosen in den verschiedenen Untersuchungsberichten widerspiegeln diese Schlussfolgerung oder machen zumindest deutlich, dass eine VKB-Läsion höchstens möglich, jedenfalls aber nicht überwiegend wahrscheinlich bewiesen ist. So fällt auf, dass Dr. I.____ und Dr. J.____ bzw. Dr. G.____ im Untersuchungsbericht vom 15. Januar 2016 zunächst gar keine VKB-Läsion (Suva-act. II/1), in denjenigen vom 29. Januar bzw. 3. Februar 2016 aber - bei gleichen Befunden - eine (frische) VKB-Ruptur Knie links diagnostizierten (Suva-act. II/2, II/3). Die Diagnose stützten die Ärzte zwar offensichtlich auf das MRT-Untersuchungsergebnis vom 13. Januar 2016 (Suva-act. II/10), doch lässt sich laut Dr. Q.____ daraus gerade kein Nachweis für eine VKB-Läsion entnehmen (vgl. Erwägung 7.2.2). Der Diagnose ist damit die Grundlage entzogen. Im Übrigen fällt auf, dass Dr. I.____ und Dr. G.____ zusätzlich - wenn auch nur als Differentialdiagnose - ohne Bezugnahme auf das VKB bloss eine Elongation Knie links anführten (Suva-act. II/3). Dr. M.____ diagnostizierte sodann ein Verdrehtrauma Knie links am 4. Januar 2016, womit er eigentlich nur das Ereignis beschreibt, ohne Nennung einer strukturellen Verletzung. Entsprechend hielt er in seinem Untersuchungsbericht vom 27. Februar 2016 fest, dass das Ereignis vom 4. Januar 2016 zum Glück keine strukturell grössere Verletzung zur Folge gehabt habe. Wie bereits in Erwägung 7.2.2 erwähnt, interpretierte er gerade die Bänder anhand der MRT-Bilder als strukturell unauffällig (Suva-act. II/14). Im letzten aktenkundigen Untersuchungsbericht vom 7. März 2016 diagnostizierten Dr. K.____ und Dr. G.____ schliesslich ebenfalls keine VKB-Ruptur, sondern eine symptomatische Ansatzdinese Ligamentum patellae Knie links (Suva-act. II/18). Der offensichtlich nur auf den früheren, unter anderem auch von Dr. G.____ unterzeichneten Untersuchungsberichten basierende Zusatz "St. n. frischer VKB-Ruptur Knie links vom 04.01.16" kann nicht als eine auf ärztlich erhobenen Befunden basierende Diagnose betrachtet werden. Die gleichentags klinisch erhobenen Befunde wurden von den Ärzten offensichtlich als Ansatzdinese und nicht als VKB-Ruptur gewertet. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch eine Gesamtbetrachtung der in den medizinischen Akten festgehaltenen Diagnosen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine VKB-Läsion schliessen lässt.



8.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass unabhängig von der Qualifikation des Ereignisses vom 4. Januar 2016 als Unfall oder unfallähnliches Ereignis aufgrund der überzeugenden und umfassenden Darlegungen von Dr. Q.____ nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 4. Januar 2016 eine VKB-Läsion erlitten hat.

9.

Hinsichtlich der Knochenmarködeme ist, wie bereits erwähnt, deren traumatische Verursachung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

9.1 Dr. Q.____ hält in seiner chirurgischen Beurteilung vom 17. Oktober 2017 fest, dass sich eine Knochenkontusion in einem Knochenmarködem manifestieren und demgemäss traumatischen Ursprungs sein könne (Suva-act. II/49-21). Er erläutert jedoch mit einleuchtender Begründung, weshalb im konkreten Fall nicht von einer traumatischen, sondern von einer reaktiven Verursachung der erhobenen Knochenmarködeme, ausgelöst durch einen Knorpelschaden, auszugehen sei (Suva-act. II/49-23).

9.1.1 Dr. Q.____ stellt im Einklang mit dem MRT-Untersuchungsbericht fest, dass die Radiologen das subchondrale Knochenmarködem femoral im lateralen Kompartiment im Zusammenhang mit einer assoziierten Knorpelläsion und einer geringen Kondylendeformation gesehen hätten. Laut MRT-Untersuchungsbericht wurde sodann im lateralen Kompartiment als weiterer Befund ein 1 cm grosser subkortialer Knochenmarködembereich am Übergang von der Trochlea femoris zur Kondylenaussenseite erhoben. Vor diesem Hintergrund erkennt Dr. Q.____ plausibel, dass sich die Knochenmarködeme an der Stelle befänden, welche durch die Lage der



dysplastischen Patella des Beschwerdeführers betroffen sei (Suva-act. II/49-23, vgl. Suva-act. II/10: Trochleadysplasie; Befunde "Femoropatellar" und "Laterales Kompartiment"). Das dysplastische femoropatelläre Gelenk führe zu einer tiefen Läsion im Knorpel des lateralen Kondylus (Suva-act. II/49-24). Im Einklang mit dieser Beurteilung wurde beim Beschwerdeführer in der MRT-Untersuchung eine fortgeschrittene Gelenkknorpelzerstörung patellar und fokal femoral lateral bzw. eine Chondropathie Grad 4 erhoben, welche laut medizinischer Literatur im Regelfall eine degenerative Erkrankung des Gelenkknorpels darstellt (Suva-act. II/10; vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 1047 ff.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 329; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 326). Dr. Q.____ sichtete im MRT ausserdem am lateralen Rand des Kondylus bereits Osteophyten, welche er - in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur (DEBRUNNER, a.a.O., S. 58, 1070) - ebenfalls als Ausdruck einer fortgeschrittenen Degeneration bzw. Abnützung bezeichnet (Suva-act. II/49-24). Angesichts des Gesagten gelangt Dr. Q.____ zum überzeugenden Ergebnis, dass beim Beschwerdeführer von einer vorbestehenden retropatellären Arthrose und einer Arthrose am lateralen Kondylus, bedingt durch eine femoropatelläre Dysplasie, auszugehen ist (Suva-act. II/49-26). Seine Ausführungen zeigen nachvollziehbar die umfassende - Knochenmarködeme einschliessende - degenerative Gesamtsituation im linken Kniegelenk des Beschwerdeführers und ihren Zusammenhang zu dessen femoropatellärer Dysplasie auf. Die Degenerationen reichen allein, ohne zusätzliche traumatische Beteiligung, aus, um die Knochenmarködeme zu erklären. Dem Beschwerdeführer gelingt es damit nicht zu beweisen, dass die Knochenmarködeme überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingt sind.

9.1.2 Der im MRT-Untersuchungsbericht im Zusammenhang mit der Chondropathie angeführte Zusatz "St. n. altem Trauma?" im MRT-Untersuchungsbericht vom 13. Januar 2016 vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Abgesehen davon, dass er nur als Frage formuliert ist, fällt eine posttraumatische Chondropathie angesichts ihrer Ausprägung und des im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung erst rund zwei Wochen zurückliegenden Ereignisses vom 4. Januar 2016 offenkundig ausser Betracht.



9.2 Als ungeklärt bezeichnet der Beschwerdeführer sodann die Genese der im MRT zur Darstellung gelangten Spongiosamikrofrakturen. Dr. Q.____ kommt jedoch auch diesbezüglich zum überzeugenden Schluss, dass eine traumatische Genese derselben durch den Osteophyten am lateralen Kondylusrand als Ausdruck einer fortgeschrittenen Degeneration ausser Betracht falle. Das Knochenmark sei reaktiv, nicht traumatisch (Suva-act. II/49-24). In der medizinischen Literatur wird die Spongiosamikrofraktur als Defekt der Spongiosa umschrieben, der degenerativ bzw. krankheitsbedingt auftritt (vgl. dazu beispielsweise PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1324, "Osteoporose"). Der Begriff "Mikrofraktur" kann also nicht einer traumatischen Verletzung gleichgestellt werden. Die Beurteilung einer reaktiven Entstehung der Spongiosamikrofrakturen stimmt im Übrigen mit den Aussagen von Dr. Q.____ betreffend der reaktiven Knochenmarködeme überein (vgl. Erwägung 8.2.2). Auch die Spongiosamikrofrakturen sind demnach im Zusammenhang mit der umfassenden bzw. fortgeschrittenen Gelenkknorpelzerstörung des Beschwerdeführers zu sehen.

9.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 4. Januar 2016 traumatische Verletzungen erlitten hat.

10.

Angesichts der Darlegungen in den Erwägungen 8 f. ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen in Bezug auf das Ereignis vom 4. Januar 2016 mangels einer traumatischen Ursache der radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden abgelehnt hat. Da nicht zu erwarten ist, dass weitere Abklärungen den erforderlichen Nachweis liefern können, ist auf solche zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 162 E. 1d).

11.



St.Galler Gerichte

11.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Juni 2017 abzuweisen.

11.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.3

11.3.1 Gestützt auf die Schlussfolgerungen in Erwägung 4 (Verletzung des Devolutiv-effekts; Verletzung bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 127 V 231 f. E. 2b]) erscheint es jedoch gerechtfertigt, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zuzusprechen. Wäre die chirurgische Beurteilung von Dr. Q.____ nämlich nicht als Beweismittel zugelassen worden, so wäre es zu einer Gutheissung und zu einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin gekommen, was praxisgemäss einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung ausgelöst hätte.

11.3.2 Bei Einreichung der Beschwerde vom 29. August 2017 wurde der Beschwerdeführer durch die Helsana Rechtsschutz AG rechtlich vertreten. Die berufsmässige Vertretung vor einem Gericht im Kanton St. Gallen ist jedoch - von gewissen Ausnahmen abgesehen - grundsätzlich den in ein kantonales Anwaltsregister eingetragenen Anwältinnen und Anwälten vorbehalten (Art. 10 Abs. 1 des Anwaltsgesetzes des Kantons St. Gallen [AnwG; sGS 963.70]). Die Helsana Rechtsschutz AG war demnach nicht legitimiert, für den Beschwerdeführer berufsmässig eine Beschwerde beim Versicherungsgericht einzureichen. Ihr Aufwand kann somit nicht entschädigt bzw. dem Beschwerdeführer dafür keine Parteientschädigung zugesprochen werden. Am 31. August 2017 reichte Rechtsanwältin Samuelsson eine Beschwerde als substituierende Rechtsvertreterin der Helsana Rechtsschutz AG ein. Ihre Legitimation zur berufsmässigen



St.Galler Gerichte

Beschwerdeeinreichung ist ausgewiesen. Gemäss Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO, sGS 963.75) beträgt das Honorar in der Verwaltungsrechtspflege vor Versicherungsgericht pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--, wobei es innerhalb dieses Rahmens nach den besonderen Umständen, namentlich nach Art und Umfang der Bemühungen, bemessen wird (Art. 19 HonO). Die Höhe der Parteientschädigung des Beschwerdeführers ist demnach nach dem Vertretungsaufwand von Rechtsanwältin Samuelsson zu bemessen. Die von ihr eingereichte Beschwerde ist inhaltlich identisch mit derjenigen der Helsana Rechtsschutz AG und es fand nur ein einfacher Schriftenwechsel statt. In Berücksichtigung dieser Sachlage ist eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.