



**Fall-Nr.:** UV 2010/95  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.03.2020  
**Entscheiddatum:** 07.07.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.07.2011**

**Art. 6 UVG: Diagnose einer Meniskusläsion nach Rollerunfall mit nachfolgender Meniskektomie und anschliessender residueller, wahrscheinlich verbliebener Rissbildung im Bereich des Meniskus (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2011, UV 2010/95).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

#### **Entscheid vom 7. Juli 2011**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Köppel, Grossfeldstrasse 45,  
7320 Sargans,

gegen

B.\_\_\_\_ Versicherungs-Gesellschaft,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war als Aussendienstmitarbeiter bei der B.\_\_\_\_ Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend B.\_\_\_\_) tätig und bei diesem Arbeitgeber gegen die Folgen von Unfällen versichert. Laut Bagatell-Unfallmeldung UVG vom 9. Mai 2006 hielt der Versicherte am 17. April 2006 mit seinem Roller vor einem Fussgängerstreifen an, um eine Fussgängerin die Strasse überqueren zu lassen. Dabei sei ein Personenwagen ungebremst von hinten auf seinen Roller aufgefahren. Der Roller sei ca. vier Meter nach vorne geschleudert worden, sei dabei nach rechts gekippt und es habe dem Versicherten den Lenker an den rechten Unterschenkel unterhalb des Knies am Innenmeniskus geschlagen (act. G 3.1/1). Die Notfallärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, bestätigte im Arztzeugnis vom 18. Mai 2008 eine Erstbehandlung am 17. April 2006 und stellte die Verdachtsdiagnose einer traumatischen medialen Meniskusläsion am rechten Knie. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (act. G 3.1/3). Am 21. April 2006 war die Weiterbehandlung durch den damaligen Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, erfolgt. Dieser schloss die Behandlung am 8. Mai 2006 ab (act. G 3.1/4). Die B.\_\_\_\_ erbrachte für den Unfall vom 17. April 2006 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten).

A.b Im Januar 2009 meldete der Versicherte einen Rückfall zum Unfall vom 17. April 2006. Er gab an, seit dem Unfall ununterbrochen bei jeder Drehbewegung und beim Aufstehen vom Stuhl unter Schmerzen im rechten Knie zu leiden. Bei schnellerem Gehen würden die Schmerzen zunehmen. Rennen und Sport seien seit dem Unfall nicht mehr möglich. Die Schmerzen würden messerstichartig, besonders auf der Innenseite des Knies auftreten (act. G 3.1/6). Eine auf Zuweisung der neuen Hausärztin des Versicherten, Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH, Innere Medizin, am 23. Dezember 2008 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies hatte beginnende Degenerationen des medialen Femurcondylus sowie femoropatellar, komplexe Rissbildungen und winzige dorsale Ganglien von Pars intermedia und Cornu posterius des Meniscus medialis sowie eine Chondropathia patellae Grad II ergeben (act. G 3.1/12, 13). Am 24. Februar 2009 wurde beim Versicherten im Spital eine Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Knorpeldébridement durchgeführt (act. G 3.1/25).



## St.Galler Gerichte

Nachfolgend wurde ihm eine 100%-ige bzw. 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Austrittsbericht stellte das Spital die Hauptdiagnose einer medialen Meniskusläsion sowie einer Chondropathie Grad III des medialen Kondylus und der Patella rechts (act. G 3.1/10). Die B.\_\_\_\_ kam für die Operationskosten auf und erbrachte Taggeldleistungen (act. G 3.1/19, 21 ff., 27 ff.).

A.c In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 14. September 2009 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass der postoperative Verlauf unbefriedigend sei bzw. der Versicherte unverändert unter einem Belastungsschmerz leide (act. G 3.1/32). Auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ wurde der Versicherte am 25. September 2009 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie am Rosenberg, untersucht (act. G 3.1/33). Am 25. Januar 2010 folgte im Radiologie Institut eine weitere MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks (act. G 3./38).

A.d Nach Einholung einer Beurteilung durch ihren Vertrauensarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, (act. G 3.1/39, 40), eröffnete die B.\_\_\_\_ dem Versicherten mit Verfügung vom 1. Juni 2010, dass die aktuellen Kniebeschwerden krankheitsbedingter Natur seien. Der Kausalzusammenhang könne maximal während vier bis sechs Monaten nach dem operativen Eingriff vom 24. Februar 2009 akzeptiert werden. Die Versicherungsleistungen müssten deshalb per 31. August 2009 eingestellt werden. Auf die Rückforderung der zu Unrecht nach diesem Datum erbrachten Leistungen werde jedoch verzichtet (act. G 3.1/41).

B.

Die gegen diese Verfügung am 29. Juni 2010 erhobene Einsprache des Rechtsvertreters des Versicherten, Rechtsanwalt Dr. iur. M. Köppel, Sargans, (act. G 3.1/43), wies die B.\_\_\_\_ mit Einspracheentscheid vom 9. November 2010 ab (act. G 3.1/47).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 8. Dezember 2010 Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 9. November 2010 sowie die Verfügung vom 1. Juni 2010 seien aufzuheben, es sei festzustellen, dass die bestehenden



Kniebeschwerden rechts nach wie vor, d.h. über den 31. August 2009 hinaus, ausschliesslich auf das Unfallereignis vom 17. April 2006 zurückzuführen und mithin unfallbedingt seien und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihre Leistungen gestützt auf das Unfallversicherungsgesetz auch über den 31. August 2009 hinaus und bis auf weiteres vollumfänglich zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1.1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. 3).

C.c Mit Replik vom 10. Februar 2011 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen fest (act. G 7). Mit Duplik vom 24. Februar 2011 wiederholte die Beschwerdegegnerin, dass die Kausalität der heutigen Beschwerden mit dem Unfall vom 17. April 2006 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargelegt sei (act. G 9).

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Erwägungen:**

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die beim Beschwerdeführer nach der am 24. Februar 2009 durchgeführten Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Knorpeldébridement anhaltenden Belastungsschmerzen über den 31. August 2009 hinaus auf den Unfall vom 17. April 2006 zurückzuführen sind.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung zutreffend dar (Erwägung 2.2; BGE 129 V 181 f. E. 3.1). Darauf kann verwiesen werden. Die



Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Innerhalb des Sozialversicherungsrechts spielt jedoch die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen praktisch keine Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Zu ergänzen ist im Weiteren, dass der Unfallversicherer im Rahmen von Art. 6 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) für Schäden einzustehen hat, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass die behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen muss (BGE 118 V 286).

2.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, welche besondere revisionsrechtliche Tatbestände im Sinn von Art. 22 UVG darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen folglich begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damals haftbaren Unfallversicherers) nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c).



2.3 Ist die Unfallkausalität des Rückfalls einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, so entfällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Rückfall nicht eine natürliche und adäquate Ursache des Grundfalls darstellt, d.h. wenn die rückfallmässig gemeldeten Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

3.

3.1 Am 17. April 2006 erlitt der Beschwerdeführer bei einem Unfall mit seinem Roller eine Kontusion des rechten Knies. Der Unfall hatte keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge und die ärztliche Behandlung durch Dr. D.\_\_\_\_ wurde am 8. Mai 2006 abgeschlossen. Eine radiologische Untersuchung wurde damals nicht durchgeführt (act. G 3.1/1, 3, 4, 31). Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen des Grundfalls die Leistungspflicht für das fragliche Unfallereignis anerkannt und ist für die Kosten der Heilbehandlung aufgekommen. Grundsätzlich entspricht obiger Sachverhalt der medizinischen Erfahrungstatsache, dass Prellungen, Verstauchungen oder Zerrungen ohne strukturelle Läsionen der Gelenke und Knochen normalerweise innert kurzer Zeit folgenlos abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden. Infolge Belastungsschmerzen im rechten Knie wurde beim Beschwerdeführer am 23. Dezember 2008 eine MRI-Untersuchung durchgeführt, welche insbesondere komplexe Rissbildungen und winzige dorsale Ganglien in Mittelteil und Hinterhorn des medialen Meniskus hervorbrachte (act. G 3.1/13). Im Januar 2009 erfolgte eine entsprechende Schaden- bzw. Rückfallmeldung unter Hinweis auf das Unfallereignis vom 17. April 2006 (act. G 3.1/6). Am 24. Februar 2009 wurde die mediale Meniskusläsion mit einer Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Knorpeldébridement therapiert (act. G 3.1/10). Die Beschwerdegegnerin anerkannte auch im Rahmen des Rückfalls ihre Leistungspflicht. Sie ist für die Operationskosten sowie weitere Heilbehandlungskosten aufgekommen



und hat während der Arbeitsunfähigkeit Taggelder geleistet (act. G 3.1/21, 22, 26, 29, 30).

3.2 Die Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin und damit die Anerkennung der Unfallkausalität für den Rückfall erscheint aufgrund der vorliegenden Aktenlage zumindest plausibel. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden radiologischen Untersuchungsbefund erhoben wird. In einer Meniskusläsion ist eine strukturelle Gesundheitsschädigung zu sehen. Kniegelenksmechanismen neigen zur Degeneration und sind starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Allerdings können Meniskusläsionen auch als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 1056 f.). Bereits in der ursprünglichen Schadenmeldung vom 9. Mai 2006 wurde eine starke Prellung im Bereich des Unterschenkels unterhalb des Innenmeniskus vermerkt (act. G 3.1/1). Anlässlich der Erstbehandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. April 2006 wurde ausserdem die Verdachtsdiagnose einer traumatischen medialen Meniskusläsion rechtes Knie gestellt, nachdem die Meniskuszeichen des Innenmeniskus positiv gewesen waren (act. G 3.1/3). Im Rahmen der Rückfallmeldung gab der Beschwerdeführer sodann an, seit dem Unfallereignis ununterbrochen unter Belastungsschmerzen zu leiden. Die von ihm konkret beschriebenen Schmerzen (act. G 3.1/6) waren denn auch für eine Meniskusverletzung typisch (Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1058 f.). Dr. D.\_\_\_\_ hielt sodann in seinem Bericht vom 24. Juni 2009 fest, dass sich der Beschwerdeführer nach dem Behandlungsabschluss am 8. Mai 2006 wegen eines anderen Unfalls bei ihm am 17. Januar 2008 gemeldet und dabei erwähnt habe, dass er am rechten Knie medial gelegentlich immer noch etwas Beschwerden habe (act. G 3.1/31).

4.

4.1 An die Rückfallmeldung schloss sich die Arthroskopie mit Teilmeniskektomie vom 24. Februar 2009 an. Nach der Operation litt der Beschwerdeführer weiterhin unter Knieschmerzen, worauf am 25. Januar 2010 erneut eine MRI-Untersuchung des



rechten Kniegelenks durchgeführt wurde (act. G 3.1/38). Die Beschwerdegegnerin erachtete die dabei erhobenen Befunde bzw. die damit wohl verbundenen Beschwerden per 31. August 2009 nicht mehr als unfallkausal und stellte ihre Versicherungsleistungen auf dieses Datum hin ein. Dabei stützte sie sich auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. G.\_\_\_\_ vom 29. April 2010, der sich auf den Standpunkt stellte, ein Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und der als unfallkausal erachteten Meniskusoperation könne nur während vier bis sechs Monaten nach der Operation bejaht werden. Im Übrigen liege eine erhebliche degenerative Pathologie vor, die mit dem Unfall vom 17. April 2006 nichts zu tun habe, sondern als Krankheit betrachtet werden müsse (act. G 3.1/39, 40).

### 4.2

4.2.1 Anlässlich der Arthroskopie vom 24. Februar 2009 liessen sich ein ausgedehnter III.-IV.-gradiger Knorpelschaden am medialen Kondylus, eine ausgedehnte mediale Meniskusläsion mit Radiärriss am Übergang intermediär/Hinterhorn sowie zusätzlicher horizontaler Risskomponente und femoropatellar eine II.-III.-gradige Malazie der Patellarrückfläche medialseitig erkennen (act. G 3.1/25). Die MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 hat im Vordergrund stehend einen Defekt des medialen Meniskus nach ausgedehnter Teilmeniskektomie, schwere Knorpelschäden mit grossflächigen tief greifenden Läsionen des medialen femorotibialen Gelenkskompartimentes mit reaktiven Foci von Knochenmarksödemen, eine residuelle, wahrscheinlich verbliebene Rissbildung im Bereich der Pars intermedia des medialen Meniskus sowie eine schwere patellofemorale Chondromalazie ergeben (act. G 3.1/38). Bereits die früher durchgeführte MRI-Untersuchung vom 23. Dezember 2008 hatte im Bereich des Femurcondylus, femoropatellar sowie im Bereich des Meniskus Gesundheitsschäden gezeigt (vgl. Sachverhalt A.b). Bei den vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich zweifelsohne um klare organische, strukturelle Substrate, die grundsätzlich als Ursache der fortwährend geklagten Schmerzen im Bereich des Kniegelenks in Frage kommen. Diejenigen im Bereich des Femurcondylus sowie femoropatellar wurden explizit als degenerativ bezeichnet. Bei der Chondropathie handelt es sich um eine häufige degenerative, also nicht traumatisch bedingte degenerative Kniegelenkserkrankung, welche im Rahmen des degenerativen Prozesses zu einer Arthrose führen kann (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 582,



1067; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., S. 372 f.). In Bezug auf den konkreten Fall ist sodann dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 28. September 2009 zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine Achsenfehlstellung in Form eines Varusknies bestehe und hier im Verlauf des Alters mit einer überlastungsbedingten Varusgonarthrose zu rechnen sei (act. G 3.1/33; vgl. dazu auch Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1068 ff.). Im Fall des Beschwerdeführers ist mithin von einer umfassenden degenerativen Problematik im Bereich des rechten Kniegelenks auszugehen, wofür auch der Umstand spricht, dass den radiologischen Untersuchungsergebnissen sowie dem Arthroskopiebefund ein fortschreitender degenerativer Prozess zu entnehmen ist. So wies der Beschwerdeführer zunächst beginnende und später ausgedehnte bzw. schwere Knorpelschäden und in der MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 einen neuen schweren Knorpelschaden im femorotibialen Gelenkskompartiment auf.

4.2.2 Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen könnte die am 25. Januar 2010 erhobene Meniskusläsion in die bestehende degenerative Problematik im Bereich des rechten Kniegelenks eingereicht werden. Wie in Erwägung 3.2 dargelegt, ist jedoch im vorliegenden Fall von einer vorangegangenen traumatischen Meniskusläsion auszugehen, die am 24. Februar 2009 operativ saniert wurde. Eine Operation hat grundsätzlich die Behebung bzw. Heilung eines Gesundheitsschadens zum Ziel. Zunächst erfordert jedoch die Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) eine gewisse Dauer. Im Weiteren ist zu beachten, dass mit einer Operation aber auch bleibende Änderungen an einem Körperteil vorgenommen werden und in diesem Sinn Heilungsstörungen, beispielsweise durch Behandlungsfehler (vgl. dazu Art. 6 Abs. 3 UVG), auftreten können, durch die das Erreichen des angestrebten Operationsziels in Frage gestellt wird. Entscheidend ist bezüglich beider Situationen, in welchem Zeitpunkt die Operationsfolgen als abgeheilt zu betrachten sind.

4.2.3 Dr. G.\_\_\_\_ bzw. die Beschwerdegegnerin bejahen die Unfallkausalität während der Heilungsdauer der unmittelbaren Operationsfolgen. Danach gehen sie von einem rein degenerativ geschädigten Gesundheitszustand aus. Das Dahinfallen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist jedoch aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Immerhin



benennt der Befund der MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 grundsätzlich eine nicht vollständig operativ therapierte Meniskusläsion. Nachdem am 24. Februar 2009 lediglich eine Teilmenisektomie, d.h. eine der Läsion entsprechende partielle Resektion, durchgeführt worden ist, liesse sich ein Rezidiv nach einer Menisektomie durchaus erklären (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1061). Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die am 24. Februar 2009 operativ therapierte Meniskusläsion anerkannt hat, wäre sie auch für allfällige Heilungsstörungen im Zusammenhang mit der Operation leistungspflichtig. Die am 25. Januar 2010 radiologisch erhobene Meniskusläsion wurde von Dr. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 29. April 2010 hinsichtlich ihrer Ursache - rein degenerativer Prozess oder erfolglos operativ therapiert - in keiner Weise gewertet. Seine Beurteilung bezog sich lediglich auf die Heilungsdauer der unmittelbaren Operationsfolgen (vgl. dazu Erwägung 4.2.2). Dr. E.\_\_\_\_ verneinte sodann in ihren ärztlichen Zwischenberichten - wenn auch angesichts der unbestritten vorliegenden Degenerationen nicht gänzlich überzeugend - wiederholt das Mitspielen unfallfremder Faktoren im Heilungsverlauf (act. G 3.1/32, 37). Weitere medizinische Akten, welche sich zur Frage des Vorliegens unfallkausaler somatischer Restfolgen äussern würden, liegen nicht vor.

4.2.4 Für die Feststellung medizinischer Sachverhalte ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen (vgl. BGE 118 V 290 E. 1b). Wie vorstehend dargelegt, standen der Beschwerdegegnerin jedoch keine rechtsgenügenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung, mittels welcher die Frage nach dem Dahinfallen jeglicher Kausalität des vorhandenen Gesundheitsschadens zum Unfall vom 17. April 2006 bzw. der Teilmenisektomie vom 24. Februar 2009 per 31. August 2009 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beantworten wäre. Aufgrund der Beweislastverteilung obliegt es der Beschwerdegegnerin, bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids anhand fachärztlicher Unterlagen zu belegen, ob, und wenn ja, ab welchem Zeitpunkt der Unfall jegliche Ursächlichkeit für die streitigen gesundheitlichen Leiden verloren hat (Urteil des EVG vom 3. Januar 2005 i/S K. [U 332/03], E. 2). Da die Beschwerdegegnerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen hat, dass die Unfallkausalität im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. August 2009 weggefallen war, ist die Sache zur Veranlassung der nötigen medizinischen Abklärungen und neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. November 2010 gutzuheissen und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Die Parteienschädigung ist wie in aufwandmässig vergleichbaren Fällen üblich, pauschal auf Fr. 3'500.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.