



**Fall-Nr.:** UV 2011/40, UV 2011/41  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.08.2019  
**Entscheiddatum:** 11.04.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.04.2012**

**Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Leistungsanerkennung in Bezug auf den Rückfall mit Diagnose einer Meniskusläsion und anschliessender 1. Operation. Leistungseinstellung per 2. Operationstermin unter Anführung einer neuen Begründung: Verneinung der Kausalität nicht erst bezüglich der 2. Operation, sondern bereits in Bezug auf den Rückfall mit 1. Operation (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. April 2012, UV 2011/40+41).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

#### **Entscheid vom 11. April 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin 1,

und

SWICA Gesundheitsorganisation, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

Beschwerdeführerin 2,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich,



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war durch ihre Tätigkeit bei der Gemeinde B.\_\_\_\_ bei der Zürich-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) unfallversichert, als sie laut Unfallmeldung der Arbeitgeberin vom 9. Februar 2006 am 14. Januar 2006 auf einer Treppe stolperte und mit den Knien auf den Asphalt fiel (act. UV 2011/40 G 5.1/1). Die Zürich anerkannte ihre Leistungspflicht (act. UV 2011/40 G 5.1/2). Mit Schreiben vom 29. Mai 2006 informierte sie die Arbeitgeberin, dass sie den Unfall abgeschlossen habe (act. UV 2011/40 G 5.1/6).

A.b Im Nachgang zu einer Rückfallmeldung vom 27. August 2007 (act. UV 2011/40 G 5.1/7) erbrachte die Zürich erneut Leistungen (act. UV 2011/40 G 5.1/13-15). Mit Verfügung vom 24. Oktober 2008 eröffnete sie der Versicherten, aufgrund der medizinischen Akten und Stellungnahme ihres beratenden Arztes sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen abgeklungen und die jetzt noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Die Leistungspflicht müsse ab dem 29. Oktober 2008 verneint werden (act. UV 2011/40 G 5.1/24). Mit Schreiben vom 11. November 2008 erhob die SWICA Gesundheitsorganisation (nachfolgend: SWICA) als Krankenversicherer der Versicherten gegen diese Verfügung vorsorglich Einsprache und bat um Zustellung der vollständigen Akten (act. UV 2011/40 G 5.1/25). Mit Schreiben vom 20. November 2008, das am 21. November 2008 der Post übergeben wurde, liess ihr die Zürich die Verfügung vom 24. Oktober 2008 zusammen mit den Akten eingeschrieben zukommen (act. UV 2011/40 G 5.1/27). Mit Eingabe vom 16. Februar 2009 reichte die SWICA der Zürich die Begründung ihrer Einsprache vom 11. November 2008 ein (act. UV 2011/40 G 5.1/30). Mit Entscheid vom 16. Juli 2009 trat die Zürich auf die Einsprache mit der Begründung nicht ein, dass die Verfügung vom 24. Oktober 2008 der Beschwerdeführerin am 21. November 2008 per Einschreiben



zugestellt und die vom 16. Februar 2009 datierte Einsprache somit verspätet erhoben worden sei. Daran ändere nichts, dass die SWICA am 11. November 2008 bereits vor Eröffnung der Verfügung vorsorglich Einsprache erhoben und um Zustellung der Akten gebeten habe. Die Fristansetzung im Schreiben vom 20. November 2008 sei bindend und durch die vor Verfügungseröffnung ausgestellte vorsorgliche Einsprache nicht unterbrochen oder erstreckt worden (act. UV 2011/40 G 5.1/36). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die SWICA mit Eingabe vom 26. August 2009 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der Entscheid sei aufzuheben, und die Zürich sei zu verpflichten, für die Kniebeschwerden der Versicherten weiterhin aufzukommen. Die zum Verfahren beigeladene Versicherte nahm mit Eingabe vom 30. September 2009 Stellung (act. UV 2011/40 G 5.1/38). Im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 30. Juni 2010, UV 2009/86, wurde die Zürich verpflichtet, auf die am 11. November 2008 vorsorglich eingereichte und am 16. Februar 2009 ergänzte Einsprache der SWICA einzutreten und die Sache materiell zu prüfen (act. G 5.1/42).

B.

Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen, insbesondere eines Auszugs aus der Krankengeschichte der Versicherten bei deren Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, Manuelle Medizin FA, Osteopathie D.O.M.(act. UV 2011/40 G 5.1/46, 49; UV 2011/40 G 5.2/ZM15/2), sowie nach am 14. März 2011 erfolgter Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Unfallchirurgie, Kantonsspital Winterthur (act. UV 2011/40 G 5.2/17), wies die Zürich die Einsprache der SWICA vom 11. November 2008 mit Einspracheentscheid vom 29. April 2011 ab (act. UV 2011/40 G 5.1/57).

C.

C.a Dagegen richten sich die von der Versicherten und der SWICA eingereichten Beschwerden vom 26. und 31. Mai 2011, beide mit den Anträgen, der Einspracheentscheid vom 29. April 2011 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, für die Kosten der Kniebeschwerden weiterhin aufzukommen. Zusammen mit ihrer Beschwerde reicht die Beschwerdeführerin 1 eine Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie, Spital F.\_\_\_\_, vom 31. Dezember 2008



## St.Galler Gerichte

(act. UV 2011/40 G 1.3), und die Beschwerdeführerin 2 eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes, PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 26. Mai 2011 (act. UV 2011/41 G 1.3) ein.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 29. August 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerden (act. UV 2011/40 und UV 2011/41 G 5).

C.c Mit Replik vom 19. und 6. September 2011 (act. UV 2011/40 und UV 2011/41 G 7) halten die Beschwerdeführerinnen an ihren Anträgen fest.

C.d Mit Duplik vom 19. Oktober 2011 (act. UV 2011/40 und UV 2011/41 G 9) hält die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Standpunkt und ihrem Rechtsbegehren fest.

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Beide Beschwerden richten sich gegen denselben Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin. Es geht um dieselben Rechtsfragen und die Vorbringen der beiden Beschwerdeführer sind in beiden Fällen im Wesentlichen gleich. Es rechtfertigt sich daher, die Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (vgl. BGE 128 V 126 E. 1 und 128 V 194 E. 1, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die



gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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). Während die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen erfolgt und Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174; BGE 123 III 110 und 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen spielt jedoch die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BGE 118 V 291 f. E. 3a). Hinzuweisen ist schliesslich insbesondere auch auf Art. 6 Abs. 3 UVG, wonach der Unfallversicherer für unerwünschte Folgen der von ihm übernommenen Eingriffe einzustehen hat, ohne dass die behandlungsbedingte Schadenverursachung 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, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände 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 erneut 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 begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) 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 einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Da es sich hierbei um eine leistungsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen) und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend.

3.



3.1 Die Beschwerdeführerin 1 stürzte am 14. Januar 2006 von der letzten Stufe einer Treppe auf beide Knie (act. UV 2011/40 G 5.1/47). Der erstbehandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Arztzeugnis vom 10. März 2006 eine Kniekontusion (act. UV 2011/40 G 5.2/M2). Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für dieses unbestrittenermassen als Unfall geltende Grundereignis anerkannt und ist für die notwendigen Heilbehandlungen aufgekommen (act. UV 2011/40 G 5.2/2). Nachdem Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten hatte, dass das vorgenannte Arztzeugnis als Schlusszeugnis gelte, teilte die Beschwerdegegnerin der Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin 1 - wenn auch nicht mit einer förmlichen Verfügung (Art. 49 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), so doch mit Schreiben vom 29. Mai 2006 (vgl. dazu Art. 51 ATSG) - mit, dass sie den Unfall abgeschlossen habe (act. UV 2011/40 G 5.1/6). Nachdem die Beschwerdeführerin 1 bzw. ihre Arbeitgeberin daraufhin nie eine anfechtbare Verfügung verlangt haben, entfaltete der im formlosen Verfahren ergangene Entscheid Rechtswirkung, wie wenn er im durch Art. 49 Abs. 1 ATSG umschriebenen Rahmen erlassen worden wäre (vgl. dazu BGE 134 V 145 E. 5.2 mit Hinweisen). Am 27. August 2007 erfolgte eine weitere Schadenmeldung bzw. eine Rückfallmeldung durch die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin 1 unter Hinweis auf das Unfallereignis vom 14. Januar 2006 (act. UV 2011/40 G 5.1/7). Letztere hatte sich am 15. August 2007 wegen Beschwerden am linken Kniegelenk bei Dr. C.\_\_\_\_ in Behandlung begeben, der die Verdachtsdiagnose einer medialen Meniskusläsion stellte (act. UV 2011/40 G 5.2/M4). Dr. E.\_\_\_\_ bestätigte diese Diagnose bei seiner Untersuchung vom 23. November 2007 (act. UV 2011/40 G 5.2/M5), worauf er am 2. April 2008 arthroskopisch eine mediale Teilmeniskektomie im Hinterhornbereich des linken Kniegelenks durchführte (act. UV 2011/40 G 5.2/M6). Die Beschwerdegegnerin anerkannte erneut ihre Leistungspflicht (act. UV 2011/40 G 5.1/13-15). Nach der Operation vom 2. April 2008 wurde die Beschwerdeführerin 1 nie beschwerdefrei. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Arztzeugnis vom 19. August 2008 ein Reizknie mit rezidivierender Ergussbildung bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie medial vom 2. April 2008 und attestierte der Beschwerdeführerin 1 vom 1. bis 14. April 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. UV 2011/40 G 5.2/M10). Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 17. September 2008 nach einer MRI-Untersuchung des Radiologie Instituts im Medizinischen Zentrum Bad Ragaz vom 28. August 2008 eine komplexe Läsion des Restmeniskus mit Meniskusganglion und empfahl eine



erneute Arthroskopie des linken Kniegelenks mit Ausräumung des medialen Meniskushinterhorns mit gleichzeitiger Drainage und Ausfräsen des Meniskusganglions (act. UV 2011/40 G 5.2/M12, M13). Die Arthroskopie wurde auf den 29. Oktober 2008 vorgesehen (act. UV 2011/40 G 5.2/M14). Mit Verfügung vom 24. Oktober 2008 eröffnete die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin 1, dass aufgrund der medizinischen Akten und der Stellungnahme ihres beratenden Arztes davon auszugehen sei, dass die Unfallfolgen abgeklungen und die jetzt noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Die Leistungspflicht müsse ab dem 29. Oktober 2008 (vorgesehener Operationstermin; letztendlich wurde die Meniskusoperation am 24. November 2008 durchgeführt [act. UV 2011/40 G 5.2/ZM15/5]) verneint werden (act. UV 2011/40 G 5.1/24). Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Leistungseinstellung fest, begründete diese nun aber damit, dass bereits in Bezug auf den Rückfall bzw. die erste Operation keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität bestanden habe und die diesbezügliche Leistungsanerkennung zu Unrecht erfolgt sei. Die zweite Operation als kausale Folgeoperation könne somit unweigerlich auch keinen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung begründen (vgl. UV 2011/40 act. G 5.1/57).

3.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die nach der Teilmeniskektomie vom 2. April 2008 verbliebenen postoperativen Schmerzen im linken Kniegelenk mit nachfolgender zweiter Meniskusoperation mit Ausfräsung eines Meniskusganglions am 24. November 2008 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalls vom 14. Januar 2006 zu betrachten sind. Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in Bezug auf den Rückfall vom 27. August 2007 anerkannt und die Leistungen ab dem 29. Oktober 2008 eingestellt hat, steht im vorliegenden Fall eine anspruchsaufhebende Tatfrage zur Diskussion, für welche - wie in Erwägung 2.3 ausgeführt - die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt. Der Umstand, dass die Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid unter Anführung einer neuen Begründung - Verneinung der Kausalität nicht erst bezüglich der zweiten Arthroskopie, sondern bereits in Bezug auf die Rückfallmeldung vom 27. August 2007 - erfolgt ist, vermag an dieser Beweislastverteilung nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren gilt es die Frage nach der Richtigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen. Das Gericht hat sich dabei grundsätzlich mit allen rechtlich zutreffenden Begründungen einer Leistungszusprechung bzw. -abweisung auseinanderzusetzen.



4.

4.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor und ist von Seiten der Verfahrensparteien unbestritten, dass die Teilmeniskektomie am linken Kniegelenk mit Ausfräsung eines Meniskusganglions vom 24. November 2008 eine Folgeoperation der am selben Kniegelenk durchgeführten Teilmeniskektomie vom 2. April 2008 darstellt. So hielt Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 14. März 2011 fest, dass man bei einer Teilmeniskektomie immer versuche, so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig zu resezieren. Dabei könne es schon einmal passieren, dass vom Meniskus zu wenig weggeschnitten werde und sich die Meniskusläsion ausbreite. So wie die Befunde im MRI vom 27. August 2008 und der Operation vom 24. November 2008 beschrieben seien, müsse von diesem Mechanismus ausgegangen werden (act. UV 2011/40 act. G 5.2/17; vgl. dazu auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1061). Damit übereinstimmend führte auch Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2011 aus, dass die zweite Operation die Folge der ersten arthroskopischen Operation sei. Der dabei festgestellte Horizontalriss sei in seiner anatomischen Ausdehnung oftmals schwer erkennbar und entsprechend dem Faserverlauf im Meniskusgewebe könne er auch weiter reissen, was den Austritt von Gelenksflüssigkeit durch die Rissstelle in die Gelenkkapsel und das umgebende Gewebe ermögliche und so zu einem sogenannten Meniskusganglion führe (act. UV 2011/41 G 1.3).

4.2 Angesichts der Schlussfolgerung in Erwägung 4.1 kann also von der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 14. Januar 2006 und der Meniskusoperation vom 24. November 2008 dann ausgegangen werden, wenn zwischen dem streitigen Unfallereignis und der am 2. April 2008 durchgeführten Meniskusoperation ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

4.3 In Bezug auf eine Meniskusläsion gilt es zu beachten, dass die 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, a.a.O., S. 1056 ff; Alfred Bühler, die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, S. 85 und 88). Grundsätzlich sind mithin beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität)



denkbar. Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

5.

5.1 Wie bereits erwähnt, hat die Beschwerdegegnerin ursprünglich ihre Leistungspflicht bezüglich der Rückfallmeldung vom 27. August 2007 bzw. der von Dr. E.\_\_\_\_ am 23. November 2007 diagnostizierten und am 2. April 2008 operativ therapierten

Hinterhornläsion des medialen Meniskus anerkannt. Sie stützte sich dabei auf eine Besprechung mit ihrem beratenden Arzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, Spez. Gelenkschirurgie, vom 18. Juni 2008. Dieser schloss eine degenerative Genese des medialen Meniskusrisses aufgrund der minimalen Knorpelschäden aus und wies darauf hin, dass das Gelenk in der Arthroskopie ausgedehntere Knorpelveränderungen aufweisen würde, wenn der Meniskusschaden degenerativ bedingt wäre (act. U 2011/40 G 5.2/M8). Die Folgerung von Dr. H.\_\_\_\_ eines überwiegend wahrscheinlich traumatischen Prozesses basiert auf einem, für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion massgebenden Beurteilungskriterium, dem Vorliegen von degenerativen Vorzuständen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass mit der Meniskusläsion eine Körperschädigung vorliegt, die den Folgen eines Unfalls ähnlich ist, d.h. ein gleiches oder ähnliches Krankheitsbild aufweist, das man auch nach einem Unfall feststellt, und deshalb bereits bei Vorliegen eines unfallähnlichen Ereignisses ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung eine Leistungspflicht des Unfallversicherers auslöst, sofern die Meniskusläsion nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen ist (vgl. Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]). Tatsächlich brachte die Arthroskopie vom 2. April 2008 - abgesehen von fibrillierenden Auffaserungen am Femurkondylus des medialen Meniskus Grad I - keinen nachvollziehbaren Verschleissprozess bzw. keinerlei massgebenden degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks der Beschwerdeführerin hervor, welche häufig als Vorzustände oder Begleitpathologien einer Meniskusläsion vorkommen bzw. auf eine degenerativ bedingte Meniskusläsion hinweisen (act. UV 2011/40 G 5.2/M5; vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff, S. 1068). Für die Annahme einer eindeutig degenerativen Meniskusläsion bestand also kein Raum, womit die Kausalitätsbeurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ als schlüssig und



überzeugend zu betrachten ist. Bestätigung findet die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ auch in späteren ärztlichen Stellungnahmen. So hielt Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 31. Dezember 2008 ausdrücklich fest, dass der Meniskusschaden Folge des Unfalls vom 14. Januar 2006 sei. Aufgrund des Verlaufs und des vorliegenden Befunds seien die Kniegelenksbeschwerden und die erneute Operation im November 2008 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (>50%) auf den Unfall vom 14. Januar 2006 zurückzuführen. Krankheitsbedingte Folgen würden in diesem Zusammenhang keine Rolle spielen (act. U 2011/40 G 1.3). Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin 2, Dr. G.\_\_\_\_, unterstützte in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2011 ebenfalls die Bejahung der Leistungspflicht durch die Beschwerdegegnerin und fügte ausserdem zutreffenderweise hinzu, dass in den Akten keine zwischenzeitlichen weiteren Unfallereignisse belegt seien (act. UV 2011/41 G 1.3). Dr. C.\_\_\_\_ hatte zudem im ärztlichen Zeugnis vom 11. September 2007 insofern eine Unfallkausalität bestätigt, als er wiederholt den Unfall vom 14. Januar 2006 erwähnte und andere Faktoren mit Einfluss auf die Diagnose des Verdachts auf eine mediale Meniskusläsion verneinte (act. U 2011/40 G 5.2/;4).

5.2 Angesichts der vorstehenden Erwägungen hat die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität in Bezug auf die Meniskusläsion gestützt auf die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ richtigerweise als überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen betrachtet. Eine Leistungseinstellung per 29. Oktober 2008 bzw. hinsichtlich der Meniskusoperation vom 24. November 2008 als kausale Folgeoperation der Meniskusoperation vom 2. April 2008 (vgl. Erwägung 4.1 und 4.2) fällt unter diesen Umständen ausser Betracht und ist zu Unrecht erfolgt.

6.

6.1 Die gegenteilige Meinung von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ vermag diese Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Laut Dr. D.\_\_\_\_ ist die am 2. April 2008 therapierte Meniskusläsion nicht auf das Unfallereignis vom 14. Januar 2006 zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin 1 sei über ein Jahr (18 Monate) nicht in ärztlicher Behandlung gewesen. Die von ihr angegebenen Beschwerden nach Abschluss der Behandlung Anfang Februar 2006 könnten nicht allzu stark gewesen sein, da nie ein Arzt aufgesucht worden sei. Zudem sei das geschilderte Ereignis vom 14. Januar 2006 mit



einem direkten Sturz auf beide Knie nicht geeignet, eine Meniskusläsion zu verursachen (act. UV 2011/40 G 5.2/17). Wenn Dr. D.\_\_\_\_ folgert, es läge offensichtlich ein rein degenerativer Prozess vor und dabei die zusätzlich kausale Bedeutung des Unfallereignisses vom 14. Januar 2006 ausser Acht lässt, so stützt er sich zwar grundsätzlich auch auf Beurteilungskriterien für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion ab. Seine Folgerung bezüglich des Unfallmechanismus sowie des zeitlichen Ablaufs zwischen Unfall und Rückfall vermag jedoch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad zu überzeugen.

6.2 Die Folgerung von Dr. D.\_\_\_\_ eines offensichtlich rein degenerativen Prozesses ohne Erwägung einer zusätzlichen kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 14. Januar 2006 basiert zwar grundsätzlich ebenfalls auf Beurteilungskriterien für die Bestimmung der Ursächlichkeit einer Meniskusläsion, d.h. dem Unfallmechanismus, wobei auch die ursprünglich gestellten Befunde und Diagnosen miteinzubeziehen sind, sowie dem zeitlichen Ablauf zwischen Unfall und Rückfall, vermag jedoch letztlich nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen. Laut Unfallmeldung vom 9. Februar 2006 stolperte die Beschwerdeführerin am 14. Januar 2006 auf der Treppe und fiel mit den Knien auf den Asphalt (act. UV 2011/40 G 5.1/1). Dr. C.\_\_\_\_ erhob im ärztlichen Zeugnis vom 10. März 2006 über die Erstbehandlung vom 18. Januar 2006 als Befunde eine grossflächige Schürfwunde über der Patella mit Randentzündung, ein grosses mediales parapatelläres Hämatom, eine Druckempfindlichkeit und Bewegungsschmerzen über dem frontalen Knie - formulierte also ohne Nennung des konkret betroffenen Knies in der Einzahl - und diagnostizierte eine Kniekontusion. Als Unfallereignis nannte er ein Ausrutschen auf dem Eis und ein frontales Fallen auf beide Knie, fügte jedoch hinzu, dass sich die Beschwerdeführerin dabei vor allem das rechte Knie verletzt habe (act. UV 2011/40 G 5.2/M2). Auch die notfallmässige Behandlung eines Ekzems bzw. einer Rötung bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Gastroenterologie FMH, am 21. Januar 2006 erfolgte laut dessen Arztzeugnis vom 17. Februar 2006 in Bezug auf das rechte Knie (act. UV 2011/40 G 5.2/M3), wobei die diesbezügliche Erklärung der Beschwerdeführerin 1 in der Beschwerde - der Notfallarzt habe nur die infolge von Schmerzplaster aufgetretene Allergie und nicht die Unfallverletzungen, deretwegen sie bereits bei ihrem Hausarzt in Therapie gewesen sei, behandelt - plausibel erscheint. Laut Krankengeschichte von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2011 betreffend die ärztliche Konsultation vom 18. Januar 2006 war die



Beschwerdeführerin auf einem Gehsteig ausgerutscht und frontal auf beide Knie gefallen. Sie spüre immer noch Schmerzen vom Schlag auf das rechte Knie. Das linke Knie sei mehr verdreht worden. Bewegungsschmerzen wurden angeführt, ohne diese dem rechten oder linken Knie zuzuordnen. Die Befunde betreffend das rechte Knie stimmen mit denjenigen im Arztzeugnis vom 10. März 2006 überein. Hinsichtlich des linken Knies sind - abgesehen von einem leichten Widerstand und Spannungsfühl bei Hyperextension und maximaler Flexion - grundsätzlich unauffällige Befunde vermerkt. Als Diagnose wurde eine Kontusion und Distorsion beider Kniegelenke durch Sturz vom 14. Januar 2006 aufgeführt (act. UV 2011/40 G 5.2/ZM15). Auch wenn die vorstehende Aktenlage in Bezug auf die Frage, inwieweit das Unfallereignis vom 14. Januar 2006 auf das linke Knie eingewirkt hat, eher unbestimmt ist und Hinweise dafür enthält, dass beim Unfall in erster Linie das rechte Knie in Mitleidenschaft gezogen wurde, lässt sie eine Unfallbeeinträchtigung des linken Knies nicht ausschliessen. Immerhin spricht Dr. C.\_\_\_\_ mit der Distorsion bzw. Verdrehung des linken Kniegelenks von einem Unfallmechanismus, der grundsätzlich geeignet ist, eine Meniskusläsion zu verursachen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057). Laut Krankengeschichte vom 22. Januar 2011 suchte die Beschwerdeführerin 1 nach der Konsultation von Dr. C.\_\_\_\_ am 6. Februar 2006 erst wieder rund 18 Monate später, d.h. am 15. August 2007 ihren Hausarzt auf. Sie gab damals an, dass die Knieschmerzen nach dem Knieunfall links nie ganz weg gewesen seien. Aktuell komme es häufiger zu Blockierungsgefühlen mit Schmerzen und einer Streckhemmung. Objektiv zeigte sich das linke Kniegelenk ergussfrei, hingegen liess sich eine Druckdolenz im Bereich des dorsomedialen Gelenkspalts und eine schmerzhaft maximal forcierte passive Streckung mit federndem Widerstand feststellen. Dr. C.\_\_\_\_ erhob den Verdacht auf eine mediale Meniskusläsion (act UV 2011/40 G 5.2/ZM15/2). Definitiv in den medizinischen Akten diagnostiziert wurde die Meniskusläsion am 23. November 2007 von Dr. E.\_\_\_\_ und damit 22 Monate nach dem fraglichen Unfallereignis (vgl. act. UV 2011/40 G 5.2/M5). Die vorgenannten, langen Latenzzeiten sprechen zwar gegen eine Unfallkausalität. Auch hält die Beschwerdegegnerin zutreffend fest, dass sich die Angabe der Beschwerdeführerin 1, sie sei nach dem Unfallereignis mit dem linken Knie nie ganz beschwerdefrei geworden, anhand der medizinischen Akten nicht bestätigen lässt. Der Hinweis der Beschwerdeführerin 1 auf Brückensymptome überzeugt auch insofern nicht ohne Weiteres, als angenommen werden darf, dass sie während der eineinhalb



Jahre andauernden Phase mit Schmerzen irgendwann einmal einen Arzt aufgesucht hätte. Aus der medizinischen Literatur lässt sich allerdings ableiten, dass Meniskusrisse eine unterschiedliche Schmerzsymptomatik aufweisen können und die Symptome einer Meniskusläsion nicht von Beginn weg derart schwer oder andauernd einschränkend sein müssen, dass eine eingreifendere Therapie notwendig wird. Ein erster Meniskuseinriss kann sich mit der Zeit vergrössern, was erst im Entwicklungsverlauf eine spezifischere und ausgeprägtere Symptomatik mit sich bringt. Bei Rissen ohne Einklemmung von Meniskuslappen im Gelenk sind die Symptome beispielsweise weniger spezifisch (vgl. Alfred. M. Debrunner, a.a.O., S. 1057 f.). Im Rahmen des von der Beschwerdeführerin mehrheitlich im Sitzen ausgeübten Berufs der Sekretärin ohne hohe Belastung der Kniegelenke dürften sich die Symptome einer Meniskusverletzung im Übrigen weniger einschränkend ausgewirkt haben, als in einem körperlich anstrengenden Beruf. Die von der Beschwerdeführerin 1 geltend gemachten Brückensymptome ohne Konsultation eines Arztes während rund 18 Monaten können also nicht ohne weiteres in Abrede gestellt werden. So erklärte sie auch gegenüber der Beschwerdegegnerin am 11. Oktober 2010, sie habe ihrem Hausarzt immer gesagt, es schmerze. Nach ein bis zwei Monaten Ruhe seien dann aber die Probleme wieder aufgetreten, worauf der Hausarzt gemeint habe, es brauche alles seine Zeit (act. UV 2011/40 G 5.1/47). Diese Aussage stimmt mit der Krankengeschichte überein, wonach ereignisnah am 18. sowie 27. Januar 2006 ärztliche Konsultationen erfolgt sind und dann eine solche wieder am 6. Februar 2006 aktenmässig ausgewiesen ist. Im Übrigen ist der medizinischen Literatur zu entnehmen, dass in vielen Fällen die Symptome von Meniskusläsionen ohne eingreifendere Therapie, nur mit Schonung verschwinden können, d.h. Meniskusläsionen spontan ausheilen, dies jedoch Geduld von Seiten des Patienten bzw. der Patientin erfordert (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1058). Die angeführte hausärztliche Aussage erscheint damit schlüssig.

6.3 Die Erwägungen 6.2 und 6.3 zeigen mithin auf, dass auch bezüglich des Unfallmechanismus und des zeitlichen Ablaufs keine Aktenlage vorliegt, welche mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für ein eindeutig degeneratives Geschehen spricht. Dr. D. \_\_\_ fügte im Übrigen am 14. März 2011 selber einschränkend an, dass aufgrund der im Operationsbericht vom 2. April 2008 beschriebenen Befunde nicht gesagt werden könne, wann die Meniskusläsion medial entstanden sei. Zwar hatte zuvor auch der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr.



J.\_\_\_\_, die Rückfallkausalität verneint (act. UV 2011/40 G 5.2/M14). Allerdings sprechen die von ihm angeführten, weiteren massgebenden Beurteilungskriterien für die Ursächlichkeit einer Meniskusläsion - das Vorliegen von Vorzuständen und der Eintritt eines erneuten Unfallereignisses - eben gerade für eine traumatische Meniskusläsion.

7.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 29. April 2011 gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerden werden gutgeheissen und der Einspracheentscheid vom 29. April 2011 wird aufgehoben.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.