



**Fall-Nr.:** UV 2011/51  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.08.2019  
**Entscheiddatum:** 16.02.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.02.2012**

**Art. 6 UVG; Art. 11 UVV: Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ist die im Rahmen der Rückfallmeldung geltend gemachte Instabilität des Kniegelenks nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine zwei Jahre zuvor erhobene und operativ therapierte Meniskusläsion zurückzuführen, sondern viel eher oder zumindest gleich möglich oder wahrscheinlich auf eine rund zehn Jahre zurückliegende Ruptur des vorderen Kreuzbands (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2012, UV 2011/51).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

#### **Entscheid vom 16. Februar 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

gegen

Helsana Unfall AG, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war vom 4. August 2003 bis 30. April 2007 als Controller bei der B.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert (act. K1 und K5).

A.b Am 7. August 2006 meldete der Versicherte der Helsana einen Unfall. Er sei am 6. August 2006 beim Aussteigen aus einem Fahrzeug bei einer Drehbewegung mit dem linken Knie zusammengebrochen (act. K1). Dr. med. C.\_\_\_\_, Orthopädie FMH, bestätigte im Arzteugnis vom 21. August 2006 eine Erstbehandlung am 7. August 2006 und erhob als Befunde am linken Knie einen Streckausfall und eine vordere Instabilität, jedoch keine Druckdolenz. In den Konsultations-Notizen vom 7. August 2006 hatte er zudem einen Erguss und einen schmerzhaften Lachmann vermerkt. Die Stabilität wurde als nicht richtig beurteilbar und der Seitenbandapparat als stabil bezeichnet. Anamnestisch hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, der Versicherte habe vor neun Jahren beim Fussballspiel ein erhebliches Rotationstrauma mit hörbarem Knall erlitten. Es sei eine Überdehnung der Bänder diagnostiziert worden, jedoch keine Behandlung erfolgt. Später habe Beschwerdefreiheit bestanden. Ausser Fussball habe der Versicherte Sport betreiben können. Seither habe er zwei weitere leichte Distorsionen erlitten. Es seien keine Unsicherheit, kein Einsinken, keine Schwellung und keine Blockaden vorgekommen. Das Knie sei jedoch nicht gleich belastbar gewesen. Eine am 8. August 2006 im Stephanshorn Radiologie Zentrum durchgeführte kernspintomographische Untersuchung hatte insbesondere eine alte Ruptur des vorderen Kreuzbands (nachfolgend: VKB) links, eine Zerrung des medialen Seitenbands links sowie eine mögliche leichte Kontusion des medialen Meniskushinterhorns ohne Einrisse hervorgebracht, worauf Dr. C.\_\_\_\_ im Arzteugnis vom 21. August 2006 entsprechende Diagnosen stellte. In den Konsultations-Notizen vom 7. August 2006 ist sodann die Verdachtsdiagnose einer Meniskusläsion links angeführt (act. M1).



## St.Galler Gerichte

A.c Am 16. Februar 2007 berichteten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) über eine Erstbehandlung des Versicherten am 15. Februar 2007 auf der zentralen Notfallabteilung. Als Befunde erhoben sie eine massive Schwellung und deutliche Ergussbildung im gesamten linken Knie, eine Flexion/Extension 80/30/0°, jeweils endgradig schmerzhaft eingeschränkt, und einen positiven Lachmann-Test mit weichem Anschlag. Menisken und Seitenbänder seien aufgrund der starken Schmerzsymptomatik nicht nachprüfbar gewesen. Die Röntgenuntersuchung ergab keinen Hinweis auf ossäre Läsionen, zeigte jedoch eine deutliche Ergussbildung. Die Ärzte diagnostizierten einen traumatischen Kniegelenkerguss links bei Status nach alter VKB-Ruptur und attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. bis 22. Februar 2007 (act. M2). Am 20. Februar 2007 erfolgte durch die Arbeitgeberin des Versicherten eine Unfallmeldung bei der Helsana, gemäss der dieser am 14. Februar 2007 bei einem Sprung vorwärts mit dem linken Knie eingebrochen sei (act. K2). Am 8. März 2007 führte Dr. C.\_\_\_\_ - assistiert von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), - eine mediale Meniskektomie sowie eine Kreuzbandersatzplastik mit Patellarsehne durch. Die Indikation sei durch die Instabilität und die Schmerzen gegeben gewesen (act. M8). Im Austrittsbericht vom 14. März 2007 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine Korbhenkelläsion des medialen Meniskus sowie eine alte Ruptur des VKB links (act. M6). Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Nach einer stufenweisen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erfolgte schliesslich am 30. April 2007 die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100%. Die unfallbedingte Heilbehandlung dauerte bis 17. September 2007 (act. M9). Zwischenzeitlich hatte der Versicherte am 13. März 2007 im Fragebogen zum Unfallhergang angegeben, bei einem Lauftraining mit sprunghaftem Geradeauslaufen mitgemacht zu haben. Beim Aufsetzen nach einem solchen Schritt sei ihm das linke Knie eingeknickt (act. K3).

A.d Am 5. Juli 2009 erfolgte durch die Arbeitgeberin eine als Rückfall zum Unfall vom 14. Februar 2007 bezeichnete Schadenmeldung (act. K5). Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im Arzteugnis vom 5. August 2009 eine VKB-Insuffizienz nach Ersatzplastik links 2007. Laut den Angaben des Versicherten hätten nach dem vorgenannten Eingriff ein unsicheres Gefühl bzw. Instabilitätsgefühl und Belastungsschmerzen dorso-medial im linken Knie persistiert (act. M11, vgl. auch M14). Eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 5. November 2009 ergab einen suffizienten Ersatz des vorderen



Kreuzbands, eine unauffällige Darstellung der übrigen Bänder, einen Zustand nach Teilresektion des medialen Meniskus, eine unauffällige Darstellung der übrigen Menisken, eine gering ausgeprägte Gonarthrose im medialen Kompartiment sowie eine Dysplasie der Patella (act. M13). Im Bericht vom 27. November 2009 sprach Dr. D.\_\_\_\_ von einer möglichen Reoperation. Eine Arbeitsunfähigkeit liege nicht vor (act. M14 ff.). Mit Schreiben vom 14. Mai 2010 teilte die Helsana Dr. D.\_\_\_\_ mit, dass sie ein Kostengutsprache-Gesuch für einen Spitaleintritt am 2. Juni 2010 erhalten hätte. Darin werde er als behandelnder Arzt angegeben, weshalb er ersucht werde, den Spitaleintritt schriftlich zu begründen (act. M17). Dr. D.\_\_\_\_ liess hierauf mit Schreiben vom 25. Mai 2010 vernehmen, dass der Versicherte seit dem 19. Juni 2009 in seiner Behandlung stehe. Er klage über therapieresistente Schmerzen medial im linken Knie. Zudem gebe er ein leichtes Instabilitätsgefühl des linken Kniegelenks an. Es sei eine Arthroskopie mit eventueller VKB-Revision geplant (act. M18). Mit Schreiben vom 13. August 2010 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, über eine Konsultation des Versicherten vom 4. Mai 2005 wegen eines Knie Traumas bzw. einer Rotationsbewegung im linken Knie beim Judo im Jahr 2005, welches bzw. welche zu einem knackenden Geräusch geführt und einen Schmerz verursacht habe (act. M21).

A.e Nach Einholung einer Beurteilung durch ihren beratenden Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH (act. M19), eröffnete die Helsana dem Versicherten mit Verfügung vom 16. August 2010, dass die Rückfallkausalität der aktuellen Kniebeschwerden links zum Ereignis vom 14. Februar 2007 aufgrund der medizinischen Abklärungsergebnisse nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei. Die jetzt beklagten Beschwerden seien Instabilitätsbeschwerden, welche ursächlich auf die alte Kreuzbandverletzung von 1997 zurückzuführen seien. Es bestehe deshalb kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Für die Übernahme der weiteren Heilbehandlungskosten solle er sich bei der zuständigen Krankenversicherung anmelden (act. K20).

B. Die vom Versicherten am 15. September 2010 erhobene Einsprache (act. K21) wies die Helsana mit Einspracheentscheid vom 6. Juni 2011 ab (act. K24).

C.



C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 29. Juni 2011 mit dem Antrag, es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig gewesen wäre und immer noch sei, weil die Beschwerden mit höherer Wahrscheinlichkeit auf die Ereignisse 2006/2007 zurückzuführen seien bzw. mit diesen in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden.

C.b In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

C.c Der Beschwerdeführer hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet.

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

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) sowie die Bestimmung über den Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. In Bezug auf den natürlichen Kausalzusammenhang ist zu ergänzen, dass dessen Bejahung nicht erfordert, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat und mithin eine Teilursache für - allenfalls erst nach einem Rückfall eintretende - gesundheitliche Störungen darstellt (BGE 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 360 E. 4a, 117 V 376 E. 3a; RKUV 2000 Nr. 377 S. 185 E. 4a). 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 Fragen nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (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 dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311).

1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. 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 der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person. Selbstverständlich greift diese Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Grundsätzlich sind Sachverhalte mit gleicher Möglichkeit, aber auch mit gleicher Wahrscheinlichkeit denkbar. Das Gericht hat von demjenigen Sachverhalt auszugehen, den es von allen möglichen und wahrscheinlichen Geschehensabläufen als den wahrscheinlichsten würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.).

2.

Streitig und zu prüfen ist in erster Linie, ob zwischen den am 5. Juli 2009 gemeldeten Beschwerden im linken Knie und dem Ereignis vom 14. Februar 2007 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 14. Februar 2007 anerkannt, ist für die Heilbehandlungskosten - insbesondere für die am 8. März 2007 operativ durchgeführte mediale Menishektomie -, aber auch für die unbestrittenermassen wegen einer alten Kreuzbandverletzung von 1997 erforderlich gewordene Kreuzbandersatzplastik mit Patellarsehne aufgekommen und hat für die mit



dem fraglichen Ereignis bzw. dem vorgenannten operativen Eingriff verbundene Arbeitsunfähigkeit Taggeldleistungen erbracht (act. K6, K19, M2, M 7 ff.).

Beschwerdeweise führt der Beschwerdeführer neben dem Ereignis vom 14. Februar 2007 auch das Ereignis vom 6. August 2006 als überwiegend wahrscheinliche Ursache für die am 5. Juli 2009 gemeldeten Beschwerden an.

3.

3.1 Beim Ereignis vom 6. August 2006 knickte der Beschwerdeführer beim Aussteigen aus einem Fahrzeug bei einer Drehbewegung bzw. beim Strecken des rotierten linken Knies aus der Beugung mit dem Knie ein, worauf ein Erguss sowie eine starke Bewegungseinschränkung auftraten. Eine MRI-Untersuchung vom 8. August 2006 zeigte insbesondere einen grösseren Kniegelenkerguss, eine leichtgradige Zerrung des medialen Seitenbands, eine alte Ruptur des VKB proximal sowie eine mögliche leichte Kontusion des medialen Meniskushinterhorns ohne Einrisse. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte entsprechend eine alte Ruptur des VKB sowie eine Zerrung des medialen Seitenbands links (act. (act. K1, M1). Das Ereignis vom 14. Februar 2007, bei welchem dem Beschwerdeführer bei einem sprunghaften Geradeauslaufen bzw. beim Aufsetzen nach einem solchen Schritt das linke Knie eingeknickt war (act. K3), hatte ebenfalls einen Kniegelenkerguss sowie eine schmerzhaft bedingt eingeschränkte Beweglichkeit zur Folge. Bei der am 8. März 2007 vorgenommenen Arthroskopie fand Dr. C.\_\_\_\_ im Gegensatz zum MRI-Befund vom 8. August 2006 neben der bereits erhobenen alten Ruptur des VKB links eine frische Korbhenkelläsion des medialen Meniskus und führte im gleichen Eingriff eine mediale Menispektomie sowie eine Kreuzbandersatzplastik mit Patellarsehne durch (act. M3, M6 ff.). Laut Angaben in der Beschwerde vom 29. Juni 2011 hatte der Beschwerdeführer nach der Operation vom 8. März 2007 diffuse Schmerzen verspürt, die er zunächst als normale postoperative Beschwerden eingestuft habe. Da sie aber zwei Jahre später immer noch nicht abgeklungen seien und sich zudem ein "Knacksen" im Knie sowie ein Gefühl, dass dieses nicht so wie vorher "zusammenhalte", bemerkbar gemacht habe, habe er am 19. Juni 2009 (vgl. act. M11) Dr. D.\_\_\_\_ konsultiert. Am 5. Juli 2009 erfolgte sodann die entsprechende Rückfallmeldung (act. K5). Während der Beschwerdeführer die Auffassung vertritt, die aktuellen Beschwerden (Instabilität, Knacksen im Knie, Schmerzen durch Arthrose) hätten erst nach der Operation vom 8. März 2007 eingesetzt und seien deshalb auf die



Ereignisse in den Jahren 2006 oder 2007 zurückzuführen, geht die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Juni 2011 davon aus, dass die Diagnosen und Beschwerden zum Rückfall eher auf die im Jahr 1997 erlittene VKB-Ruptur (über diese bzw. ein entsprechendes Ereignis liegen keine Akten vor, weil sich der Beschwerdeführer nicht in Behandlung begeben hatte [act. K14 ff.]) als den Meniskusriss zurückzuführen seien. Die Beschwerdegegnerin stützt sich dabei auf die ärztliche Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2010. Dieser hält fest, der Beschwerdeführer habe sich die Kreuzbandverletzung etwa im Jahr 1997 zugezogen. Die jetzt beklagten Beschwerden seien Instabilitätsbeschwerden, welche ursächlich auf die alte Kreuzbandverletzung zurückgingen. Eine Verursachung der aktuell beklagten Beschwerden durch die Ereignisse der Jahre 2006 und 2007 bzw. eine diesbezügliche Rückfallkausalität sei lediglich möglich (act. M13).

4.

4.1 Aufgrund der medizinischen Akten sowie der Erkenntnisse in der medizinischen Literatur erscheint die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ schlüssig und überzeugend.

4.2 In den medizinischen Akten richtungweisend ist, dass die VKB-Ruptur bzw. die Ersatzplastik links vom 8. März 2007 durchgehend als zu therapierende Gesundheitsschädigung bzw. Diagnose genannt werden (vgl. act. M1 ff). Auch als nach dem Eingriff vom 8. März 2007, bei dem auch die Meniskusklausion operativ behandelt wurde, ein Instabilitätsgefühl sowie Belastungsschmerzen persistierten, wurden nur noch eine vordere Kreuzbandinsuffizienz nach Ersatzplastik links 2007 und eine Chondropathie diagnostiziert sowie eine Arthroskopie mit eventueller VKB-Revision geplant. Die Meniskusproblematik wurde nicht mehr erwähnt (act. M14, M18).

4.3 Die Kausalitätsbeurteilung, wonach die Rückfallkausalität der am 5. Juli 2009 gemeldeten behandlungsbedürftigen Kniebeschwerden zu den Ereignissen vom 6. August 2006 und 14. Februar 2007 gegenüber einer solchen zur VKB-Ruptur im Jahr 1997 deutlich weniger wahrscheinlich erscheint, wird sodann auch durch die vom Beschwerdeführer im Rahmen der Rückfallmeldung vom 5. Juli 2009 hauptsächlich geltend gemachte Instabilität des linken Kniegelenks gestützt. Im angefochtenen Einspracheentscheid weist die Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit der



medizinischen Literatur darauf hin, dass die chronische Instabilität eine typische Folge einer unbehandelten VKB-Ruptur darstelle (vgl. dazu <http://www.klinik-am-ring.de/kreuzband/kreuzbandriss.html>), <http://www.burkart-sportorthopaedie.de/Knie/Kreuzband.html>, <http://www.orthozentrum.ch/Huefte-und-Knie/Kreuzbandriss.aspx>), abgerufen am 15. Dezember 2011; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 1099, 1103). Entsprechend sind den Akten - entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers - denn auch Hinweise auf bereits vor den Unfällen von 2006 und 2007 bzw. der Operation vom 8. März 2007 seit mehreren Jahren bestehende Instabilitätszeichen im Bereich des linken Kniegelenks zu entnehmen. Zwar notierte Dr. C.\_\_\_\_ zur Konsultation des Beschwerdeführers vom 7. August 2006 infolge des Ereignisses vom 6. August 2006, dass nach dem Rotationstrauma vor neun Jahren Beschwerdefreiheit bestanden habe und keine Behandlung durchgeführt worden sei. Es hätten keine Unsicherheit, kein Einsinken, keine Schwellung und keine Blockaden bestanden. Andererseits wurde beigefügt, dass das Knie nicht gleich belastbar gewesen sei. Auch in seinen Berichten vom 21. August und 3. November 2006 erhob Dr. C.\_\_\_\_ als Befund eine antero-laterale Instabilität (act. M1). Über eine Konsultation vom 16. Februar 2007 notierte er, der Beschwerdeführer berichte entgegen seiner letzten Aussage, bezüglich seines linken Knies nicht immer sicher gewesen zu sein (act. M2). Im Arztzeugnis vom 21. Februar 2007 vermerkte er unter der Rubrik "Allgemeinzustand: Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität; b))" eine leichte Instabilität nach Kreuzbandruptur vermutlich vor neun Jahren (act. M3). Damit übereinstimmend wurde im Bericht vom 8. August 2008 über die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung als Indikation eine seit einem Distorsionstrauma des linken Knies vor neun Jahren bestehende Unsicherheit angeführt und die Frage nach einer alten Kreuzbandverletzung gestellt (act. M1). Laut Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 13. August 2010 fand ausserdem - wenn auch ohne Nennung einer Instabilitätsproblematik - bereits am 4. Mai 2005 eine Konsultation wegen Knieschmerzen links nach einer Rotationsbewegung statt (act. M21). Das vom Beschwerdeführer bezüglich des Ereignisses vom 6. August 2006 in der Unfallmeldung vom 7. August 2006 erwähnte "Zusammenbrechen" mit dem linken Knie (= Einknicken des Knies) stellt sodann nach der medizinischen Literatur ebenfalls ein Instabilitätssymptom dar (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1099, 1103). Die vorstehenden Erwägungen zeigen mithin



übereinstimmend auf, dass der Beschwerdeführer einer unzutreffenden Wahrnehmung unterliegt, wenn er aussagt, er erinnere sich in der Zeit von 1997 bis etwa 2008 an keinerlei Instabilitätsbeschwerden. Die medizinischen Akten lassen eindeutig erkennen, dass das linke Knie bereits vor dem operativen Eingriff vom 8. März 2008 seit mehreren Jahren mit einer Instabilität behaftet war.

4.4 Das Erleiden einer VKB-Ruptur mit anschliessender Instabilität, die nachfolgende Entstehung eines Meniskusschadens, die aufgrund dieser Gesundheitsschäden notwendig gewordene Kreuzbandersatzplastik mit Patellarsehne und die mediale Meniskektomie sowie letztlich die Entwicklung einer Gonarthrose aus der Meniskusläsion stellen gemäss medizinischer Erfahrungstatsache eine durchaus wahrscheinliche Kausalitätskette dar. Laut der einschlägigen medizinischen Literatur führe eine VKB-Ruptur wegen der Instabilität zur Entstehung von Meniskus- und Knorpelschäden, insbesondere bei chronischem Verlauf. Nach Läsionen des vorderen Kreuzbands werde das Hinterhorn des medialen Meniskus durch die anteriore Instabilität (vordere Schublade) unphysiologisch beansprucht, wenn der mediale Femurkondylus über die hintere Tibiakante abrutsche. Nach Entfernung solcher Menisken nehme die Instabilität noch zu, und der gestörte Gleitmechanismus führe mit der Zeit zu degenerativen Veränderungen, schliesslich zur Gonarthrose. Wenn die Instabilität nur mässig stark sei, könne ein Kreuzbandriss unter Umständen - wie offensichtlich im vorliegenden Fall - viele Jahre unerkant bleiben und dem Betroffenen zunächst keine Beschwerden machen. Es ist also keineswegs abwegig, dass der Beschwerdeführer nach der VKB-Ruptur zunächst beschwerdefrei blieb. Dies kommt offenbar gerade bei Personen mit guter muskulärer Kompensation - der Beschwerdeführer hat offensichtlich Sport betrieben - vor. Dass ausgerechnet nach der am 8. März 2007 arthroskopisch diagnostizierten frischen Korbhenkelläsion des medialen Meniskus infolge des Ereignisses vom 14. Februar 2007 Beschwerden verstärkt wahrgenommen worden sind, ist in Anbetracht der vorstehenden medizinischen Erkenntnisse ohne weiteres nachvollziehbar. Die Kniegelenkssituation erreichte offensichtlich in diesem Moment einen erschwerenden Zustand, der sich entsprechend bemerkbar machte. Wie vorne ausgeführt, schadet eine chronische Instabilität dem Meniskus, v.a. dem medialen Hinterhorn (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1057, 1100; <<http://www.klinik-am-ring.de/kreuzband/kreuzbandriss.html>>, <<http://www.burkart-sportorthopaedie.de/Knie/>>



Kreuzband.html>, <<http://www.orthozentrum.ch/Huefte-und-Knie/Kreuzbandriss.aspx>>, abgerufen am 15. Dezember 2011). Die Meniskusläsion stellt damit eine mögliche Folgeerscheinung der VKB-Ruptur dar und bildet mithin ein Glied der Kausalitätskette, an deren Anfang die - nicht bei der Beschwerdegegnerin versicherte - VKB-Ruptur steht.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im konkreten Fall verschiedene Faktoren für die Rückfallkausalität der am 5. Juli 2009 gemeldeten behandlungsbedürftigen Kniebeschwerden zur VKB-Ruptur aus dem Jahr 1997 sprechen und die Meniskusläsion mit den nachfolgenden Beschwerden ohne weiteres in die Problematik mit einer VKB-Ruptur eingereiht werden kann. Damit drängt sich die Annahme einer isolierten Rückfallkausalität in Bezug auf die Ereignisse vom 6. August 2006 und 14. Februar 2007 in keiner Weise auf. Vielmehr erscheinen die Indizien für eine Rückfallkausalität zur VKB-Ruptur wahrscheinlicher. Im besten Fall könnten die beiden Kausalitäts-Varianten als gleichgestellt betrachtet werden, womit aber die Rückfallkausalität mit Bezug auf die Ereignisse vom 6. August 2006 und 14. Februar 2007 nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Locher, a.a.O., S. 451 f.) nachgewiesen ist. In diesem Sinn erscheint auch die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2010, der die als Rückfall gemeldeten

Instabilitätsbeschwerden auf die VKB-Ruptur zurückführt (act. M19), schlüssig und überzeugend.

5. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 6. Juni 2011 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.