



Fall-Nr.: UV 2012/101
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 30.08.2019
Entscheiddatum: 13.05.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 13.05.2013

Zulässigkeit der Einstellung der ursprünglich durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro bejaht. Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Verneinung der Unfallkausalität in Bezug auf eine Läsion des medialen Meniskus bei Status nach medialer Meniskektomie (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 13. Mai 2013, UV 2012/101).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 13. Mai 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

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

gegen

Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale
120, 1001 Lausanne,

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Aussendienstmitarbeiter bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) in B.____ tätig und bei dieser Arbeitgeberin 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 an den 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 Vaudoise 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 im Spital F.____ durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies hatte beginnende Degenerationen des medialen Femurcondylus sowie femoropatellar, komplexe



St.Galler Gerichte

Rissbildungen und winzige dorsale Ganglien von Pars intermedia und Cornu posterius des Meniscus medialis sowie eine Chondropathia patellae Grad II ergeben (act. G3.1/12, 13). Am 24. Februar 2009 wurde beim Versicherten im Spital F.____ eine Kniegelenkarthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und Knorpeldébridement durchgeführt (act. G 3.1/25). Nachfolgend wurde ihm eine 100%-ige bzw. 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Austrittsbericht stellte das Spital F.____ die Hauptdiagnose einer medialen Meniskusläsion sowie einer Chondropathie Grad III des medialen Kondylus und der Patella rechts (act. G 3.1/10). Die Vaudoise 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 ihre Zuweisung wurde der Versicherte am 25. September 2009 durch Dr. med. G.____, Orthopädie H.____, untersucht (act. G 3.1/33). Am 25. Januar 2010 folgte im Radiologie Institut im Medizinischen Zentrum I.____ eine weitere MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks (act. G 3.1/38).

A.d Nach Einholung einer Beurteilung durch ihren Vertrauensarzt, Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, Lausanne (act. G 3.1/39, 40), eröffnete die Vaudoise 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).

A.e 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 Vaudoise mit Einspracheentscheid vom 9. November 2010 ab (act. G 3.1/47).

A.f Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde vom 8. Dezember 2010 (act. G 3.1/48a) wurde mit Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 7. Juli 2011



St.Galler Gerichte

(UV 2010/95; act. G 3.1/55) dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurden.

A.g Am 10. April 2012 liess die Vaudoise bei Dr. med. K.____, Co-Chefarzt/Leiter OD KRZ, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Kantonsspital Graubünden, eine orthopädische Begutachtung des Versicherten vornehmen, über welche dieser am 15. Mai 2012 berichtete (act. G 3.1/63). Mit Schreiben vom 20. Juni 2012 nahm der Rechtsvertreter des Versicherten zum Gutachten von Dr. K.____ Stellung (act. G 3.1/65).

A.h Gestützt auf die Begutachtung von Dr. K.____ bestätigte die Vaudoise mit Verfügung vom 12. Juli 2012 nochmals ihre Leistungseinstellung per 31. August 2009 (act. G 3.1/66). Die dagegen am 10. August 2012 erhobene Einsprache (act. G 3.1/70) wurde mit Einspracheentscheid vom 26. November 2012 (act. G 3.1/77) abgewiesen.

B.

B.a Mit Eingabe vom 20. Dezember 2012 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter Beschwerde erheben mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 26. November 2012 sei aufzuheben und 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. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ihre Leistungen gestützt auf das Unfallversicherungsgesetz auch über den 31. August 2009 hinaus und bis auf weiteres vollumfänglich zu erbringen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

B.c Mit Schreiben vom 25. Februar 2013 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf die Einreichung einer Replik (act. G 5).



B.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 Kniegelenkarthroskopie 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 Krankenpfleagemassnahmen (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 mehr 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 gänzlicher 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 (Art. 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. Infolge Belastungsschmerzen im rechten Knie wurde beim Beschwerdeführer am 23. Dezember 2008 eine MRI-Untersuchung durchgeführt, welche insbesondere komplexe Rissbildungen und winzige dorsale Ganglien im 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 Kniegelenkarthroskopie 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). Das Versicherungsgericht stellte in seinem Urteil vom 7. Juli 2011 (UV 2010/95, E. 3.2; G 3.1/55) fest, die Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin und damit die Anerkennung der Unfallkausalität für den Rückfall erscheine aufgrund der vorliegenden Akten zumindest plausibel.

3.2 Nach der Operation vom 24. Februar 2009 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 verbundenen Beschwerden per 31. August 2009 nicht mehr als unfallkausal und stellte ihre Versicherungsleistungen auf dieses Datum hin ein. Auf die Rückforderung der nach diesem Datum erbrachten Leistungen hat sie jedoch verzichtet. Bei der Leistungseinstellung stützte sie sich auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. J.____ 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). Das Versicherungsgericht (Urteil vom 7. Juli 2011, UV 2010/95, E. 4.2.2 f.; act. G 3.1/55) stellte dazu fest, Dr. J.____ bzw. die Beschwerdegegnerin würden damit die Unfallkausalität während der Heilungsdauer der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) bejahen und danach von einem rein degenerativ geschädigten Gesundheitszustand ausgehen. Es sei jedoch zu beachten, dass mit einer Operation auch bleibende Änderungen an einem Körperteil vorgenommen würden und in diesem Sinn Heilungsstörungen, beispielsweise durch Behandlungsfehler (vgl. dazu Art. 6 Abs. 3 UVG), auftreten könnten, durch die das Erreichen des angestrebten Operationsziels in Frage gestellt werde. Entscheidrelevant sei bezüglich beider Situationen, in welchem Zeitpunkt die Operationsfolgen als abgeheilt zu betrachten seien. Das Dahinfallen der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Immerhin benenne der Befund der MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 grundsätzlich eine nicht vollständig operativ therapierte Meniskusläsion. Nachdem am 24. Februar 2009 lediglich eine Teilmeniskektomie, d.h. eine der Läsion entsprechende partielle Resektion, durchgeführt worden sei, liesse sich ein Rezidiv nach einer Meniskektomie durchaus erklären. Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die am 24. Februar 2009 operativ therapierte Meniskusläsion anerkannt habe, wäre sie auch für allfällige Heilungsstörungen im Zusammenhang mit der Operation leistungspflichtig gewesen. Die am 25. Januar 2010 radiologisch erhobene Meniskusläsion sei von Dr. J.____ im Bericht vom 29. April 2010 hinsichtlich ihrer Ursache - rein degenerativer Prozess oder erfolglos operativ therapiert - in keiner Weise gewertet worden. Seine Beurteilung habe sich lediglich auf die Heilungsdauer der unmittelbaren Operationsfolgen bezogen. Es obliege 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 habe. Die Beschwerdegegnerin kam dieser Pflicht nach, indem sie am 10. April 2012 bei Dr. K.____ eine orthopädische Begutachtung des Beschwerdeführers vornehmen liess, über welche dieser am 15. Mai 2012 berichtete (act. G 3.1/63).



3.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. November 2012 (act. G 3.1/77) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrer Leistungseinstellung per 31. August 2009 fest und stützte sich dabei auf das Gutachten von Dr. K.____. Entsprechend den Erwägungen des Versicherungsgerichtsentscheids vom 7. Juli 2011 (UV 2010/95; act. G 3.1/55) nahm dieser in seinem Gutachten zur Frage Stellung, ob die am 25. Januar 2010 radiologisch erhobene mediale Meniskusläsion rechts nach der am 24. Februar 2009 durchgeführten Teilmeniskektomie am rechten Knie als allfällige unfallbedingte Heilungsstörung mit Sicherheit oder zumindest überwiegend im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Vorfall vom 17. April 2006 und der Operation vom 24. Februar 2009 zu sehen oder als allfällige krankheitsbedingte und degenerative Veränderung zu betrachten wäre (Frage 5.2). In der Antwort auf diese Frage verweist Dr. K.____ im Wesentlichen auf seine Ausführungen im Zusammenhang mit der weiteren Frage, ob alle oder ein Teil (welche?) der festgestellten Beschwerden mit Sicherheit, zumindest überwiegend wahrscheinlich, nur möglicherweise oder ausgeschlossen im natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfall vom 17. April 2006 ständen (Frage 5.1). Der Gutachter verwies hier zunächst auf das Vorliegen eines Intervalls ohne klare ärztliche Beurteilung von gut 1 ½ Jahren seit der Abschlussbehandlung bei Dr. D.____ am 8. Mai 2006 (act. G 3.1/4), was einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich mache. Hätte der Beschwerdeführer als Versicherungsfachmann nach dem Unfallereignis erhebliche weitere Schmerzen im Kniegelenk rechts gehabt, hätten seines Erachtens nicht 1 ½ Jahre bis zu einer entsprechenden Neuevaluation verstreichen dürfen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Hausarzt nicht darauf reagiert hätte. Es sei denkbar, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 17. April 2006 über längere Zeit ein beschwerdefreies oder mindestens beschwerdearmes Intervall durchgemacht habe. Dr. K.____ wies sodann auf den Umstand hin, dass der Beschwerdeführer einen Varus-Morphotyp am Kniegelenk aufweise und anamnestisch schon im Jahre 2002 eine Meniskektomie am Gegenknie habe durchgeführt werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit einer zufälligen Parallelentwicklung einer degenerativen Meniskuspathologie respektive medialer Gonarthrose sei damit als wesentlich höher einzustufen. Es sei also davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des Unfalls an einer degenerativen Meniskuspathologie oder Knorpelschädigung gelitten habe. Im Weiteren sei die Beschreibung des



Unfallereignisses im Sinn einer direkten Kontusion des Motorradlenkers auf den rechten oberen Anteil des Unterschenkels auf der Innenseite nur bedingt geeignet, eine Meniskusläsion allein auszulösen, da weitere Angaben über zusätzlich Drehmechanismen fehlen würden. Hinsichtlich des Varus-Morphotyps fügte er in der Antwort auf die Frage 5.2 ergänzend hinzu, dass es sich dabei um leichte O-Beine handle. Damit gehe die Hauptbelastungslinie der mechanischen Belastung auf der Innenseite der Kniegelenke durch. Somit sei eine vermehrte Belastung der Innenseite und insbesondere des Innenmeniskus als morpho-typische Konsequenz anzusehen. Die konkrete Frage 5.2 abschliessend beantwortend, erklärte Dr. K.____ sodann, dass die residuellen, wahrscheinlich verbliebenen Rissbildungen im Bereich des Restmeniskus als natürlicher, weiterer degenerativer Ablauf, auch nach Meniskusentfernung, anzusehen seien. Auf die weitere Frage 5.4, ab welchem Zeitpunkt - bei Bejahung von unfallfremden Faktoren - der Status quo ante bzw. Status quo sine nach dem Ereignis vom 17. April 2006 wieder erreicht worden sei, antwortete Dr. K.____, dass nach der Abschlussbehandlung von Dr. D.____ am 8. Mai 2006 der Status quo sine weitgehend erreicht worden sei. Auch hier verwies er darauf, dass mindestens Mitte bis spätestens Ende 2006 eine ärztliche Behandlung stattgefunden haben müsste, wenn in der Folge eine klare Pathologie mit erheblicher Einschränkung eingetreten wäre. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die gegenwärtig oder zum Zeitpunkt von Anfang 2009 beklagten Beschwerden schon zu einem früheren Zeitpunkt so stark ausgeprägt gewesen sein sollten.

3.4 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beanstandet, dass sich Dr. K.____ in seinem Gutachten allein zur Frage äussere, ob die von ihm im Zug seiner Untersuchung am 12. April 2012 beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien, nicht aber zur Frage, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit die Beschwerden zum Zeitpunkt der Anerkennung des Rückfalls durch die Beschwerdegegnerin auf den Unfall zurückzuführen seien. Für diese per Anerkennung des Rückfalls durch die Beschwerdegegnerin bestehenden Beschwerden bleibe es bei der Feststellung, dass diese als überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Mit dieser Annahme habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Rückfalls unwiderruflich und bedingungslos anerkannt und auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Es könne nicht angehen, dass die Beschwerdegegnerin diese Anerkennung im Nachhinein widerrufe.



3.5 Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist darin zuzustimmen, dass sich Dr. K.____ in seiner Antwort bzw. seinen Ausführungen im Grunde insofern nicht an die von der Beschwerdegegnerin gestellte Frage hält, als er an den Ursprung des Schadenfalls zurückgeht bzw. argumentiert, es habe eigentlich bereits für den Rückfall bzw. die Operation vom 24. Februar 2009 keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität bestanden. Damit wäre die diesbezügliche Leistungsanerkennung zu Unrecht erfolgt. Die nach der Operation andauernden Beschwerden sowie eine deswegen allenfalls weitere durchzuführende Operation könnten somit ebenfalls keinen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung begründen. Die Beschwerdegegnerin hat allerdings ihre Leistungspflicht in Bezug auf den Rückfall vom Januar 2009 anerkannt und die Leistungen ab dem 31. August 2009 eingestellt, womit im vorliegenden Fall eine anspruchsaufhebende Tatfrage zur Diskussion steht, für welche die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt (vgl. dazu Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 72; RKUV 1994 Nr. U 06 S. 328 f. E. 3b). Der Umstand, dass die Leistungseinstellung im angefochtenen Einspracheentscheid unter Anführung einer sozusagen neuen Begründung - Kausalität bereits in Bezug auf die Menishektomie vom 24. Februar 2009 und nicht erst bezüglich des nachfolgenden Rezidivs bzw. der am 25. Januar 2010 radiologisch erhobenen Meniskusläsion nur möglich - erfolgt ist, ändert an dieser Beweislastverteilung nichts. Im vorliegenden Verfahren gilt es die Frage nach der Richtigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen. Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer - wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt - bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, da eine solche Leistungseinstellung kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet. Die Beschwerdegegnerin durfte also auf ihren Entscheid der Rückfallanerkennung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf einen Rückkommenstitel zurückkommen, dies mit der Begründung, es habe bereits in Bezug auf den Rückfall keine Unfallkausalität vorgelegen. Es gilt im vorliegenden Verfahren die Frage zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin für die am 25. Januar 2010 radiologisch erhobene Meniskusläsion leistungspflichtig ist und dies grundsätzlich in



Auseinandersetzung mit allen rechtlich zutreffenden Begründungen einer Leistungszusprechung bzw. -abweisung. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, gilt es diese Frage unter zu Grundlegung des Gutachtens von Dr. K.____ zu verneinen.

3.6 Die Feststellung des Versicherungsgerichts im Entscheid vom 7. Juli 2011 (UV 2010/95, E. 3.2; act. G 3.1/55), die Kostenübernahme der Beschwerdegegnerin und damit die Anerkennung der Unfallkausalität für den Rückfall erscheine aufgrund der vorliegenden Akten zumindest plausibel, hatte für die Beschwerdegegnerin keine Bindungswirkung zur Folge. Mit dieser Aussage wurde einzig eine Plausibilität der Anerkennung der Rückfallkausalität aufgrund der (damals) vorliegenden Akten festgehalten. Da sich anhand der damals vorliegenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen liess, dass die Unfallkausalität im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. August 2009 weggefallen war, wurde die Sache zur Veranlassung der nötigen medizinischen Abklärungen und neuen Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, wobei es die diesbezüglich massgebenden Fragen zu beantworten galt. Die Feststellungen bzw. Fragen wurden vom Versicherungsgericht gestützt auf dessen damaligen Wissensstand formuliert. Überzeugt jedoch das Gutachten von Dr. K.____, so lassen sich die Annahmen des Versicherungsgerichts im Entscheid vom 7. Juli 2011 (UV 2010/95) gestützt auf die aktuelle Aktenlage nicht mehr halten. Dr. K.____ konnte bzw. durfte in seiner Begutachtung nicht einfach auf einen bestimmten Zeitpunkt, d.h. denjenigen des anlässlich der MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 erneut erhobenen Defekts des medialen Meniskus, zurückgehen und zuvor allenfalls relevante medizinische Fragen als abschliessend beantwortet annehmen. Er hatte der medizinischen Wahrheit auf den Grund zu gehen, was die Berücksichtigung des gesamten medizinischen Sachverhalts voraussetzt. Bei der Beantwortung der Frage 5.2 erachtete er es - wie bereits gesagt - offensichtlich als erforderlich bzw. als richtig, an den Ursprung des Schadenfalls zurückzugehen und damit die ursprüngliche Annahme des Versicherungsgerichts zu widerlegen. Wenn also die Frage des Versicherungsgerichts grundsätzlich formell durch Dr. K.____ nicht als beantwortet betrachtet werden kann, so ist sie es - wie die nachfolgenden Erwägungen aufzeigen - doch materiell.

4.



4.1 Anlässlich der Arthroskopie vom 24. Februar 2009 liessen sich beim Beschwerdeführer 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 erkennen. Die mediale Meniskusläsion wurde mit einer Teilmenisektomie und einem Knorpeldébridement therapiert (act. G 3.1/25). Bereits die zuvor durchgeführte MRI-Untersuchung vom 23. Dezember 2008 hatte im Bereich des Femurcondylus, femoropatellar sowie im Bereich des Meniskus Gesundheitsschäden gezeigt (vgl. Sachverhalt A.b). Die MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 hat im Vordergrund stehend einen Defekt des medialen Meniskus nach ausgedehnter Teilmenisektomie, schwere Knorpelschäden mit grossflächigen tief greifenden Läsionen des medialen femorotibialen Gelenkkompartimentes mit reaktiven Foci von Knochenmarksödemen am medialen Femurcondylus zentral und im medialen Randbereich des Tibiaplateaus, eine residuelle, wahrscheinlich verbliebene Rissbildung im Bereich der Pars intermedia des medialen Meniskus sowie eine schwere patellofemorale Chondromalazie ergeben (act. G 3.1/38). Bei diesen 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. Dr. K.____ stellt sich in seinem Gutachten vom 15. Mai 2012 (act. G 3.1/63) auf den Standpunkt, dass hinsichtlich der am 25. Januar 2010 radiologisch erhobenen Rissbildungen im Bereich des medialen Restmeniskus höchstens ein möglicher, nicht jedoch überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum versicherten Unfall vom 17. April 2006 gegeben sei. Aus den medizinischen Akten geht hervor und ist von Seiten der Verfahrensparteien grundsätzlich unbestritten, dass von einer natürlichen Kausalität zwischen dem streitigen Unfallereignis und den im MRI vom 25. Januar 2010 erkannten Rissbildungen dann ausgegangen werden kann, wenn bereits zwischen dem Unfallereignis und der am 24. Februar 2009 durchgeführten Meniskusoperation ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Dr. K.____ nennt für die Prüfung der Unfallkausalität die zeitlichen Abläufe, die gesamte Kniesituation des Beschwerdeführers, insbesondere die Situation seines rechten Knies, sowie den Unfallmechanismus als richtungweisend. Seine Beurteilung umfasst damit grundsätzlich solche im Rahmen der Kausalitätsprüfung massgebende Kriterien, zu



denen er - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - in Bezug auf den konkreten Fall durchaus schlüssig und nachvollziehbar Stellung nimmt.

4.2 Hinsichtlich Meniskusläsionen gilt es zu beachten, dass die Kniegelenkmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Meniskusläsionen können aber 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.). Die bereits früh, d.h. anlässlich der MRI-Untersuchung vom 23. Dezember 2008 erhobenen Gesundheitsschäden im Bereich des Femurcondylus sowie femoropatellar wurden explizit als degenerativ bezeichnet (act. G 3.1/13). Bei der Chondromalazie bzw. Varusgonarthrose handelt es sich sodann auch um häufige degenerative, also nicht traumatisch bedingte degenerative Kniegelenkserkrankungen. Die fraglichen Gesundheitsstörungen können gegenüber der Meniskusläsion als unfallkausalem Gesundheitsschaden lediglich sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung, aber auch einer angeborenen Fehlstellung, auftreten (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., 618, 693 ff., 1067; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., S. 169 f., 372 f.). Beim Beschwerdeführer besteht sodann eine unstreitig unfallfremde Achsenfehltstellung in Form eines Varusknies. Es ist mithin von einer massgebenden unfallfremden Abweichung von der normalen Grundstruktur des Bewegungsapparats mit umfassender degenerativer Problematik im Bereich des rechten Kniegelenks auszugehen. Für letzteres spricht auch der Umstand, 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. Allein aus dem theoretischen Umstand, dass eine Meniskusläsion grundsätzlich als Folge eines Traumas auftreten kann, lässt sich keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der operativ therapierten Meniskusläsion und somit des am 25. Januar 2010 radiologisch erhobenen Rezidivs ableiten. Viel wahrscheinlicher erscheint bei obiger Sachlage ein über Jahre stattgefundenes degeneratives Geschehen ohne Erwägung einer zusätzlichen kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 17. April 2006. Als zentral erachtet Dr. K.____ das Varusknie des Beschwerdeführers. Diese Achsenfehltstellung wirkt sich ungünstig auf



die Druckverteilung im Kniegelenk aus, womit Überlastungserscheinungen auftreten, die u.a. zu Meniskusläsionen und schliesslich zu Kniegelenksarthrose führen können (Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 612 f., 1068 ff.). Entsprechend verweist auch Dr. G.____ in seinem Bericht vom 28. September 2009 auf die fragliche Achsenfehlstellung und hält fest, dass hier im Verlauf des Alters mit einer überlastungsbedingten Varusgonarthrose zu rechnen sei (act. G 3.1/33). Als weiteren, für eine rein degenerativ bedingte Meniskusläsion sprechenden und überzeugenden Umstand nennt Dr. K.____ sodann die anamnestisch schon im Jahr 2002 durchgeführte Meniskektomie im Gegenknie, wodurch die Wahrscheinlichkeit einer zufälligen Parallelentwicklung einer degenerativen Meniskuspathologie zusätzlich als wesentlich höher einzustufen sei.

4.3 Ein massgebendes zusätzliches Indiz für einen rein degenerativen Prozess bildet sodann auch der zeitliche Abstand von rund 1 ½ Jahren zwischen dem Abschluss der Unfallbehandlung bei Dr. D.____ am 8. Mai 2006 und der - ohne weiteren aktenkundigen ärztlichen Behandlungen - erst wieder am 17. Januar 2008 erfolgten Konsultation von Dr. D.____ wegen eines anderen Ereignisses (vgl. act. G 3.1/31). Die Entstehung einer rein degenerativ bedingten Meniskusläsion ist innerhalb dieses Zeitraums ohne weiteres möglich. Laut Arztbericht von Dr. D.____ vom 24. Juni 2009 (act. G 3.1/31) hatte der Beschwerdeführer am 17. Januar 2008 zwar erwähnt, am rechten Knie gelegentlich noch Beschwerden zu haben, welche sicher auf den Unfall vom 17. April 2006 zurückzuführen seien. Dieser Umstand vermag jedoch weder am Vorliegen des behandlungsfreien Intervalls etwas zu ändern, noch einen überzeugenden Beweis für eine damals bestandene unfallkausale Meniskusläsion zu liefern. Die fragliche Äusserung war laut Dr. D.____ nur nebenbei erfolgt und führte zu keinen grösseren Untersuchungen. Im Regelfall ist jedoch davon auszugehen, dass offenkundige und als massgeblich vorgebrachte Beschwerden zu entsprechenden ärztlichen Untersuchungen und einer Befunderhebung führen oder zumindest vom Patienten eine Untersuchung gefordert wird. Vielmehr verging jedoch im konkreten Fall bis zur nächsten Konsultation eines Arztes wiederum beinahe ein Jahr. So hat Dr. D.____ den Beschwerdeführer laut Bericht vom 24. Juni 2009 (act. G 3.1/31) letztmals am 25. Januar 2008 gesehen, wobei der Arztwechsel zu Dr. E.____ erst im Dezember 2008 erfolgt ist (vgl. act. G 3.1/6). Die Diagnose einer Meniskusläsion wurde sodann erstmals anlässlich der MRI-Untersuchung im Spital F.____ vom 23. Dezember 2008 gestellt (act. G 3.1/13). In Übereinstimmung mit Dr. K.____ ist es als erstaunlich zu bezeichnen, wenn



der Beschwerdeführer - hat er nach dem Unfallereignis tatsächlich unter ausgeprägten weiteren Schmerzen im Kniegelenk gelitten - so lange keinen Arzt mehr aufsuchte. Es gibt zudem keinen Anlass, an den Angaben von Dr. D.____ im Bericht vom 24. Juni 2009 zu zweifeln, d.h. es kann in antizipierter Beweiswürdigung auf eine Edition sämtlicher Behandlungsunterlagen durch Dr. D.____ verzichtet werden (BGE 124 V 90 E. 4b, 136 I 229 E. 5.3). Der Beschwerdeführer vermag sich nur unbestimmt bzw. vage an einen einzigen weiteren Termin bei seinem ehemaligen Hausarzt innerhalb des 1 ½-jährigen Zeitraums zu erinnern. Selbst ein solcher würde jedoch keine massgebend andere Sachlage begründen, zumal in keiner Weise dargetan ist, dass eine solche Konsultation wegen Beschwerden im rechten Knie erfolgt wäre. Laut Angaben von Dr. D.____ fanden nämlich auch andere Konsultationen statt, beispielsweise diejenige am 25. Januar 2008, jedoch nie mehr wegen des Knies. Angesichts des dargelegten Sachverhalts liegt somit die Annahme nahe, dass der Beschwerdeführer - wie von Dr. K.____ erwogen - nach dem Unfall vom 17. April 2006 über längere Zeit ein beschwerdefreies oder mindestens beschwerdearmes Intervall durchgemacht hat. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Angesichts des zeitlichen Ablaufs im vorliegenden Fall kann jedoch höchstens die Möglichkeit eines Zusammenhangs angenommen werden. Entsprechend äusserte sich auch Dr. D.____ in seinem Bericht vom 24. Juni 2009 (act. G 3.1/31).

4.4 Ebenfalls nur als möglich erscheint eine Unfallkausalität mit Blick auf den Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den betroffenen Körperteil. Die Ereignisschilderung in der Bagatell-Unfallmeldung vom 9. Mai 2006 (act. G 3.1/1) entspricht einem Kontusionsvorgang des Motorradlenkers auf den rechten oberen Anteil des Unterschenkels auf der Innenseite, der gemäss Dr. K.____ nur bedingt geeignet ist, eine Meniskusläsion auszulösen. Grundsätzlich typisch für die Verursachung einer Meniskusläsion ist die Distorsion (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 1057). Ein solcher Unfallmechanismus lässt sich jedoch anhand der Akten nicht nachweisen.

4.5 Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 17. April 2006 und der am 24. Februar 2009 operativ therapierten



Meniskusläsion und damit auch der anlässlich der MRI-Untersuchung vom 25. Januar 2010 erneut erhobenen Rissbildung im Bereich des medialen Meniskus nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden kann. Die Beurteilung von Dr. K.____ (act. G 3.1/63) erscheint in der Schlussfolgerung einer höchstens möglichen Unfallkausalität schlüssig und überzeugend. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 31. August 2009 ist daher zu Recht erfolgt.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

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

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