



Fall-Nr.: UV 2018/35
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 11.09.2020
Entscheiddatum: 11.05.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 11.05.2020

Art. 6 und 36 Abs. 1 UVG: Mediale Meniskus- und Seitenbandläsion sowie vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes als unfallkausale Verletzungen geprüft. Meniskusläsion vorbestehend und durch den Unfall weder verursacht noch richtungsgebend verschlimmert. Seitenbandläsion ohne Vorzustand; Erreichen des Status quo ante per Leistungseinstellungsdatum verneint. Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässig Behandlung, da diese der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden. Rückweisung der Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen betreffend Erreichens des Status quo sine/ante ab einem dem Leistungseinstellungszeitpunkt nachfolgenden Datum (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Mai 2020, UV 2018/35).

Entscheid vom 11. Mai 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2018/35

Parteien



A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als Kassenmitarbeiterin bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie laut Schadenmeldung UVG der Arbeitgeberin vom 28. August 2017 am 21. August 2017 vom Fahrrad stieg, einen Fehltritt machte und sich das linke Knie verletzte (act. G 3.1-1). Die Erstbehandlung erfolgte am 28. August 2017 bei Dr. med. C.____, Praktische Ärztin FMH, die als Befunde eine mediale Schwellung des linken Kniegelenks sowie Schmerzen erhob, nach einer Röntgenuntersuchung ohne Hinweis auf eine ossäre Läsion einen Status nach Kontusion Kniegelenk links diagnostizierte und der Versicherten ab 29. August 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. G 3.2-3, act. G 1.4-24). Eine am 31. August 2017 im Röntgeninstitut D.____ durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie und FMH Nuklearmedizin, durchgeführte MRT-Untersuchung dokumentierte eine partielle Ruptur des medialen Kollateralbandes (Grad I), einen kleinen Unterflächeneinriss der Pars intermedia des Innenmeniskus (Grad III), eine Chondropathia Grad II des medialen Kompartiments,



St.Galler Gerichte

eine grosse Bakerzyste sowie Zeichen einer Zystenruptur und eine Chondromalazia patellae Grad III (act. G 3.2-1). Am 4. September 2017 folgte eine Untersuchung durch Dr. med. F.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), der feststellte, dass die Beschwerden der Versicherten durch die Meniskusläsion und die Chondropathie zu erklären seien und sich mit ihr bei fehlender Heilung der intraartikulären Schäden auf eine Arthroskopie festlegte (act. G 3.2-2). Am 5. September 2017 ging bei der Helsana ein Kostengutsprachege such der Klinik G.____ mit der Eintrittsdiagnose "Chondropathie/med. Meniskusläsion/LCM-Läsion I links/UD 21.8.17" mit geplantem Spitaleintritt am 12. September 2017 ein (act. G 3.1-3). Am 12. September 2017 führte Dr. F.____ bei der Versicherten eine Arthroskopie und ein Shaving, eine Resektion der Plica intercondylaris sowie eine mediale Teilmenishektomie durch, nachdem sich in der Arthroskopie diagnostisch eine Chondropathie Grad III der Patella und Trochlea sowie des medialen Femurcondylus, eine mehrfache Rissbildung des medialen Meniskus, eine Kniekehlenzyste sowie eine LCM-Läsion Grad I links gezeigt hatte (act. G 3.2-5 f.). Am 19. September 2017 beantwortete die Versicherte der Helsana einen Fragebogen "Unfallhergang" zum Ereignis vom 21. August 2017 (act. G 3.1-12).

A.b. Nach der operativen Revision klagte die Versicherte über steigende Schmerzen im linken Kniegelenk, deren Ursache von Dr. F.____ als unklar bezeichnet wurde. Er veranlasste eine MRT-Untersuchung, welche am 6. Oktober 2017 durch die Ärzte der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) durchgeführt wurde. Dadurch konnten eine Osteonekrose und eine erneute Meniskusläsion ausgeschlossen werden. Zur Darstellung gelangte hingegen die bekannte Chondropathie und ein ödematöser Reizzustand des medialen Seitenbandes (act. G 3.2-7 ff.). Die Versicherte konsultierte daraufhin Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, der ein Reizknie links nach Arthroskopie sowie einen Status nach medialer Teilmenishektomie, Plicaresektion und Knorpelshaving Knie links 12. September 2017 diagnostizierte (act. G 3.2-12, G 3.2-14). Die Versicherte war seit dem 29. August 2017 zu 100% arbeitsunfähig geblieben und die Helsana erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen [act. G 3.1-13, G 3.1-15, G 3.1-17, G 3.1-19 f., G 3.2-6, G 3.2-11]).



A.c. Am 28. November 2017 legte die Helsana den Schadenfall ihrem beratenden Arzt, Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vor (act. G 3.1-18). Dieser führte in einer Beurteilung vom 3. Dezember 2017 aus, dass dem Unfallereignis vom 21. August 2017 eine Distorsion des linken Kniegelenks ohne strukturell traumatische Läsion zugrunde liege. Der Status quo sine sei zum 31. August 2017 erreicht. Die in der MRT-Untersuchung vom 31. August 2017 und der Arthroskopie vom 12. September 2017 erhobenen Diagnosen sowie die Operation vom 12. September 2017 seien lediglich mit einer möglichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 21. August 2017 zurückzuführen (act. G 3.2-15).

A.d. Die Helsana teilte der Versicherten daraufhin mit Verfügung vom 12. Dezember 2017 mit, dass sie die gesetzlichen Leistungen bis 31. August 2017 erbringe. Nach diesem Datum stünden die Behandlungen nicht mehr mit dem Ereignis vom 21. August 2017 in Zusammenhang und es bestehe kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung. Entgegenkommenderweise und ohne Präjudiz würden die bereits bezahlten Leistungen nicht zurückgefordert (act. G 3.1-23).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob Rechtsanwalt lic. iur. D. Studer, Kreuzlingen, für die Versicherte am 26. Januar 2018 vorsorglich Einsprache (act. G 3.1-29). Am 22. Februar 2018 reichte der Rechtsvertreter die Einsprachebegründung - unter anderem zusammen mit einem Bericht über eine am 3. Januar 2018 in der D.____ durch Dr. med. J.____, FMH Radiologie, durchgeführte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks (act. G 3.1-31.3) - ein (act. G 3.1-31).

B.b. Mit Einspracheentscheid vom 3. April 2018 wurde die Einsprache abgewiesen (act. G 3.1-32).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 3. April 2018 liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 8. Mai 2018 Beschwerde erheben mit den Anträgen, es sei der Einspracheentscheid aufzuheben; es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen aus UVG für



St.Galler Gerichte

die Folgen des Unfalls vom 21. August 2017 auch über den 31. August 2017 zuzusprechen und auszurichten, namentlich Heilbehandlung, Kostenvergütungen und Taggeld; es sei die Helsana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) anzuweisen, den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Integritätsentschädigung und eine Invalidenrente zu prüfen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter u.a. eine Stellungnahme von Dr. F.____ vom 1. März 2018 (act. G 1.4-23) sowie eine Auflistung vom 6. April 2018 der Krankengeschichte-Einträge von Dr. C.____ vom 28. August 2017 bis 21. März 2018 (act. G 1.4-24) ein.

C.b. Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juni 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c. Mit Replik vom 25. Juli 2018 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den Beschwerdeanträgen fest (act. G 8). Zusätzlich reichte er die Krankengeschichte-Einträge von Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Orthopädie L.____, von Mai und Juni 2018 ein (act. G 8.1).

C.d. Mit Duplik vom 13. September 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1.

Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 ATSG für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; André Nabold in:



Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6 UVG; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Hat der Unfallversicherer - wie im vorliegenden Fall - seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (Urteile des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2, und 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlicher fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2 mit Hinweis). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn 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 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55).



1.2. Ist es durch den Unfall zu keiner neuen strukturellen Gesundheitsschädigung gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Unfallversicherung übernimmt bei einer vorübergehenden unfallbedingten Verschlimmerung nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine - dem (krankhaften) Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte - oder dem Status quo ante - dem Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (vgl. dazu UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009, E. 4.3 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen) - Leistungen für die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehenden Beeinträchtigungen zu erbringen. Als Beispiele dafür gelten insbesondere auch Kontusions- oder Distorsionsfolgen und durch einen Unfall ausgelöste Diskushernien (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 57 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Anspruch auf eine - selbst operative Eingriffe mit einschliessende - zweckmässige Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3). Von einer richtungsgebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).



1.3. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines Beweismittels ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherung während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholt, beweistauglich (BGE 125 V 352 E.3; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, welche die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen, 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1, und 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.2). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild



zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilung von Dr. I.____ vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15). Ob letztlich auf sie abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beweiswürdigung zu prüfen.

2.

2.1. Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 21. August 2017 und erbrachte Heilkosten- und Taggeldleistungen. Wie aus der Beschwerdeantwort vom 5. Juni 2018 hervorgeht (act. G 3), war sie hinsichtlich des Ereignishergangs von der Schilderung der Beschwerdeführerin gegenüber dem Schadeninspektor der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2017 ausgegangen (act. G 3.1-17). Danach hatte die Beschwerdeführerin beim Absteigen vom Fahrrad das Gleichgewicht verloren und war ausgerutscht, war dann auf die linke Körperseite, insbesondere auf das linke Knie, gefallen, und hatte zudem das Fahrradgestänge gegen die linke Knieinnenseite gedrückt (vgl. dazu auch die Ereignisschilderung der Beschwerdeführerin vom 19. September 2017 im Fragebogen "Unfallhergang": "Sturz bei Absteigen von Velo" [act. G 3.1-12]; act. G 3, Seite 2.). Ein Sturz stellt unstrittig einen Unfalltatbestand im Sinne von Art. 4 ATSG dar (vgl. UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 32 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 37 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 40; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176) und kann im Falle einer dadurch - im konkreten Fall grundsätzlich ebenfalls unstrittig - eingetretenen Gesundheitsschädigung eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen.

2.2. Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob der Unfall vom 21. August 2017 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ab 1. September 2017 nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache der über das vorgenannte Datum hinaus andauernden Knieproblematik links und insbesondere für die am 12. September 2017 durchgeführte Kniearthroskopie links mit Shaving, Resektion der Plica intercondylaris und medialer Teilmenishektomie sowie die Operationsfolgen war. Die Beschwerdegegnerin wäre für die operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) insbesondere dann leistungspflichtig, wenn die operative Behandlung unfallkausale Gesundheitsschäden umfasst hätte. Während eine entsprechende Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. I.____



vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15) verneint wird, vertritt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin insbesondere unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. F. ___ vom 1. März 2018 (act. G 1.3-23) sowie die von Dr. C. ___ am 6. April 2018 notierten Krankengeschichte-Einträge (act. G 1.4-24) den gegenteiligen Standpunkt.

3.

3.1. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, Kernspintomographie, Computertomographie, Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen).

3.2. Nach dem Unfall vom 21. August 2017 wurde die Beschwerdeführerin erstmals am 28. August 2017 durch Dr. C. ___ untersucht, die nach einer Röntgenuntersuchung ohne Hinweis auf eine ossäre Läsion sowie der Beschreibung der Beschwerdeführerin - sie sei auf das linke Kniegelenk gestürzt und habe seither Schmerzen und eine Schwellung - einen Status nach Kontusion Kniegelenk links diagnostizierte (act. G 1.4-24). Dr. F. ___ stellte sodann im Untersuchungsbericht vom 6. September 2017 fest, die Beschwerdeführerin habe ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenks erlitten (act. G 3.2-2, vgl. auch act. G 3.2-5). Während eine Distorsion aufgrund einer Verdrehung eines Körperteils zustande kommt, hat bei einer Kontusion eine stumpfe Krafteinwirkung auf einen Körperteil stattgefunden. Beide Verletzungen sind angesichts der aktenkundigen Unfallbeschreibung (vgl. Erwägung 2.1) nachvollziehbar. Bei einer Kontusion und Distorsion, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet sind, handelt es sich um Weichteilverletzungen. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass solche Verletzungen innert kurzer Zeit folgenlos ausheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412).

3.3.

3.3.1. Die am 31. August 2017 von Dr. E. ___ durchgeführte MRT-Untersuchung brachte eine partielle Ruptur des medialen Kollateralbandes (Grad I), einen kleinen Unterflächeneinriss der Pars intermedia des Innenmeniskus (Grad III), eine Chondropathia Grad II des medialen Kompartiments, eine grosse Bakerzyste sowie



Zeichen einer Zystenruptur und eine Chondromalazia patellae Grad III zur Darstellung (act. G 3.2-1). In der am 12. September 2017 durch Dr. F.____ durchgeführten Arthroskopie zeigte sich sodann diagnostisch - im Gegensatz zur MRT - eine Chondropathie Grad III der medialen Femurcondyle und eine mehrfache Rissbildung des medialen Meniskus. Ausserdem wurde eine Chondropathie Grad III der Trochlea diagnostiziert (act. G 3.2-5 f.), welche im MRT-Untersuchungsbericht vom 31. August 2017 nicht als Befund erwähnt worden war (act. G 3.2-1). Mit der MRT-Bildgebung sowie der Befunderhebung in der Arthroskopie waren nun mehrere strukturelle Gesundheitsschädigungen objektiviert. Dr. I.____ sowie Dr. F.____ gehen übereinstimmend davon aus, dass es sich bei der Chondropathie im Bereich der medialen Femurcondyle, der Bakerzyste sowie der Chondromalazia patellae um vorbestehende degenerative Veränderungen handelt (act. G 1.4-23, G 3.2-15), was auch mit der medizinischen Literatur übereinstimmt (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 124, 582, 1067; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin/Boston 2017, S. 204, 329; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 325 f.). Dr. I.____ betrachtet in seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15) auch die Veränderungen im Bereich des Innenmeniskus vollumfänglich als degenerativ bedingt, während Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 1. März 2018 (act. G 1.4-23) annimmt, es sei durch den Unfall zu einer Ruptur desselben gekommen. Dies obwohl er einräumt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ein degenerativ veränderter medialer Meniskus vorgelegen habe. Im Weiteren geht Dr. F.____ davon aus, dass es durch den Unfall vom 21. August 2017 zur radiologisch und arthroskopisch erhobenen partiellen Ruptur des medialen Kollateralbandes bzw. zur LCM-Läsion Grad I gekommen sei. Auch Dr. I.____ führt die mediale Seitenbandläsion nicht unter den degenerativen Veränderungen auf. Angesichts dessen, dass sowohl er als auch Dr. F.____ davon ausgehen, die Beschwerdeführerin habe beim Unfall ein Distorsionstrauma erlitten, erscheint die Kausalitätsbeurteilung von Dr. F.____ nachvollziehbar und schlüssig (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1096 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 420).

3.3.2. Als unfallkausale Verletzungen stehen mithin eine mediale Meniskusläsion sowie die mediale Seitenbandläsion und schliesslich auch eine vorübergehende Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände im Raum.

3.3.3. Hinsichtlich der medialen Meniskus- und Seitenbandläsion ist vorwegzunehmen, dass mit der Arthroskopie vom 12. September 2017 zwar eine mediale Meniskusläsion, jedoch nicht das mediale Seitenband behandelt wurde. Dies dürfte damit zu erklären sein, dass mit der Seitenbandläsion vom Grad I lediglich eine Bänderzerrung bzw. -dehnung vorgelegen hatte, bezüglich welcher keine Operationsindikation bestand. Die



Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen aus der Unfallversicherung per 1. September 2017 und damit vor der Arthroskopie vom 12. September 2017 mit medialer Teilmeniskektomie durch die Beschwerdeführerin erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Ursache der medialen Meniskusläsion basierend auf der Beurteilung von Dr. I.____ vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in der am 21. August 2017 erlittenen Knie-distorsion und/oder Kniekontusion gesehen wurde. Die mediale Seitenbandläsion wurde offensichtlich per 1. September 2017 als bereits verheilt betrachtet.

4.

4.1. Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass sich die Beschwerdeführerin durch den Unfall vom 21. August 2017 eine Ruptur des medialen Meniskus zugezogen hat.

4.2. Zu beachten ist, dass Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen, Meniskusläsionen aber auch als Folge eines Traumas auftreten können, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen (vgl. Debrunner, a.a.O. S. 1056 ff; Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996, S. 85 und 88). Der im Operationsbericht vom 15. September 2017 verwendete Ausdruck "Riss" (act. G 3.2-5) kann nicht ohne Weiteres mit einer Traumarelevanz verbunden werden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 628 "Sehnenruptur", 1057; Pschyrembel, a.a.O., S. 1146, Roche Lexikon, a.a.O., S. 1204, 1681). Grundsätzlich sind mithin beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität) denkbar. Tritt im Rahmen einer - wie hinsichtlich der MRT-Untersuchung vom 31. August 2017 angenommen werden darf - zeitnah zum Unfall durchgeführten radiologischen Untersuchung eine strukturelle Läsion zutage, stellt diese im Regelfall entweder eine traumatische Läsion oder einen degenerativen Vorzustand dar. Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

4.3. Wie bereits erwähnt, wurde im linken Kniegelenk der Beschwerdeführerin arthroskopisch eine mehrfache Rissbildung des medialen Meniskus in den hinteren zwei Dritteln diagnostiziert (act. G 3.2-15). Zu wiederholen ist ausserdem, dass selbst Dr. F.____ einen degenerativ veränderten medialen Meniskus bestätigt hat (act. G 1.4-23). Insofern geht auch er davon aus, dass von den mehreren Rissen nur ein Teil, möglicherweise nur ein einziger Riss, traumatisch bedingt sei. Fest steht im Weiteren, dass die Beschwerdeführerin im Bereich des linken Kniegelenks, d.h. der medialen Femurcondyle, der Trochlea sowie der Patella vorbestehende degenerative



Gesundheitsschädigungen in Form einer Chondropathie und einer Bakerzyste aufwies (vgl. Erwägung 3.3.1). Damit präsentierte sich eine umfassende degenerative Situation im Bereich des linken Kniegelenks, auch des medialen Meniskus, bezüglich welcher nicht nachvollzogen werden kann, weshalb ausgerechnet ein einzelner Riss des medialen Meniskus losgelöst von den übrigen strukturellen Schäden, insbesondere den anderen Rissen im medialen Meniskus, als unfallbedingt betrachtet werden muss oder als traumatisch bedingt unterschieden werden kann. Entsprechende überzeugende Beweise liegen jedenfalls keine vor. Dr. H.____ ging zwar in seinem Bericht vom 17. November 2017 von einer wahrscheinlich (nur) beginnenden medialen Gonarthrose aus (act. G 3.2-14). Dies ändert jedoch nichts daran, dass im konkreten Fall - wie Dr. H.____ in seinem Bericht vom 25. Oktober 2017 selbst erklärte (act. G 1.4-14) - vorbestehend deutliche Knorpelschäden vorgelegen haben. Die Qualifizierung der Arthrose als "beginnend" dürfte daraus abzuleiten sein, dass die Knorpelschäden der Beschwerdeführerin noch als Chondropathien zu bezeichnen waren, allerdings bereits einen Grad III erreicht hatten. Ein rein degenerativer Prozess erscheint angesichts der dargelegten Sachlage ohne Erwägung einer zusätzlichen kausalen Bedeutung des Unfallereignisses vom 21. August 2017 ohne weiteres nachvollziehbar. Die Wahrscheinlichkeit für einen traumatischen Meniskusriss erscheint insgesamt betrachtet bedeutend geringer als eine degenerativ bedingte Ätiologie aller Meniskusrisse. Damit ist eine überwiegend wahrscheinliche (teil-)kausale Bedeutung des Unfallereignisses nicht nachgewiesen. Auch Dr. F.____ beschränkt sich lediglich auf die reine Feststellung - durch den Unfall sei es zu einer Ruptur des medialen Meniskus gekommen - ohne ihr eine nachvollziehbare, schlüssige Begründung hinzuzufügen. Die Beurteilung von Dr. I.____ lässt sich demgegenüber anhand der obigen Ausführungen nachvollziehen.

4.4. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist aufgrund der Gesamtbetrachtung der vorliegenden Akten und gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____ vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht von einer traumatisch verursachten Meniskusläsion, sondern ausschliesslich von einem degenerativen Vorzustand auszugehen.

4.5. Aus denselben Überlegungen wie in Erwägung 4.3 ist sodann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch eine richtungsgebende Verschlimmerung der vorbestehenden Meniskusrisse (siehe dazu Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; beispielsweise in Form der Vergrösserung eines ersten Risses zu einem Lappenriss [vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1057]) auszuschliessen. So kann nicht nachvollzogen werden, inwiefern von den unbestrittenermassen vorbestehenden Meniskusrissen ein



Riss als traumatisch bedingt richtungsgebend verschlimmert unterschieden werden könnte, zumal - wie in Erwägung 4.3 dargelegt - sogar ein vollkommen neuer Riss von den anderen vorbestehenden Rissen nicht abgrenzbar ist. Eine richtungsgebende Verschlimmerung wurde zudem weder von Dr. I.____ noch von Dr. F.____ explizit diskutiert.

5.

5.1. Demnach bleibt die Leistungseinstellung per 31. August 2017 in Bezug auf die unfallbedingte Seitenbandläsion sowie auf eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung der vorbestehenden Degenerationen (Chondropathie, Meniskusläsion) zu prüfen. Beim Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens von Unfallfolgen handelt es sich um einen hypothetischen Zustand, der sich häufig anhand der medizinischen Erfahrung bestimmen lässt. Diese bezieht sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. In diesem Sinne ist die Bezugnahme auf medizinische Erfahrungssätze dann ungenügend, wenn sie im konkreten Fall keine Grundlage findet. Dr. I.____ geht in seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2017 (act. G 3.2-15) von einem Erreichen des Status quo sine bis zum 31. August 2017 aus. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege dem Unfallereignis vom 21. August 2017 eine Distorsion des linken Kniegelenks ohne strukturell traumatische Läsion zu Grunde. Im Übrigen äussert sich Dr. I.____ einzig zur Frage, ob hinsichtlich der radiologisch und arthroskopisch erhobenen Veränderungen im linken Kniegelenk von Vorzuständen auszugehen sei.

5.2.

5.2.1. In Bezug auf die mediale Seitenbandläsion greift Dr. I.____s blosse Nennung des Datums für das Erreichen des Status quo sine (bis zum 31. August 2017) unter Hinweis, dass hier eine Distorsionsverletzung vorliege, jedoch zu kurz. Zwar handelt es sich bei einer Bänderzerrung, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, um eine einfache Weichteilverletzung, welche - wie bereits erwähnt - nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos abheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden demzufolge gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412, 1096 f.; vgl. Erwägung 3.2). Eine 10-tägige Heilungsdauer erscheint allerdings sehr kurz. Im Übrigen ergeben sich aus den Akten konkrete Hinweise dafür, dass der Gesundheitszustand, wie er in Bezug auf das mediale Seitenband links vor dem Unfall bestanden hatte, per 31. August 2017 noch



nicht erreicht war. Entscheidend ist zunächst, dass sich die fragliche Läsion sowohl in der MRT-Bildgebung vom 31. August 2017 (act. G 3.2-1) als auch arthroskopisch am 12. September 2017 hatte objektivieren lassen. Postoperativ erhob Dr. F.____ anlässlich seiner Untersuchung vom 21. September 2017 eine Druckdolenz über dem proximalen LCM-Ansatz (act. G 3.2-7). Am 28. September 2017 zeigte sich ihm ein klinisch unveränderter Befund (act. G 3.2-8). Am 5. Oktober 2017 bezeichnete er die Ursache der Beschwerden als unklar (act. G 3.2-9). Am 6. Oktober 2017 wurde eine zweite MRT-Untersuchung in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG durchgeführt, in welcher ein konsekutiv ödematöser Reizzustand des in der Kontinuität erhaltenen medialen Kollateralbandes festgestellt wurde (act. G 3.2-10). Dr. F.____ beschrieb den ödematösen Reizzustand des medialen Seitenbandes in seinem Untersuchungsbericht vom 10. Oktober 2017 über die Untersuchung vom 9. Oktober 2017 als auffällig (act. G 3.2-11). Dr. H.____ diagnostizierte in seinen Untersuchungsberichten vom 25. Oktober und 17. November 2017 betreffend die Untersuchungen vom 23. Oktober bzw. 13. November 2017 (act. G 3.2-12, G 3.2-14) ein Reizknie links nach Arthroskopie. Anlässlich der Untersuchung vom 13. November 2017 hatte sich ihm ein unveränderter Befund und ein deutlicher Erguss gezeigt (act. G 3.2-14). Auch im Bericht vom 8. Dezember 2017 über die Untersuchung vom 4. Dezember 2017 stellte er die Diagnose eines Reizknie links nach Arthroskopie. Bezüglich Verlauf hielt er allerdings fest, dass die Beschwerdeführerin unverändert mediale Kniebeschwerden habe, welche durch die beginnende Arthrose hinreichend geklärt seien (act. G 1.4-18). Am 3. Januar 2018 folgte eine weitere MRT-Untersuchung durch Dr. J.____, indiziert durch Schmerzen und eine vor allem mediale Schwellung. Als Befunde wurden im Untersuchungsbericht ein kleinvolumiger Gelenkerguss, insbesondere intakte Kollateralbänder, eine diffuse Signalalteration des Restmeniskus medial, im Verlauf ein zunehmender Knorpelschaden femorotibial medial mit geringen subchondralen Ödemzonen, ein Kapselödem vor allem ventromedial, mehrere freie Gelenkkörper dorsal, differentialdiagnostisch Knorpelfragmente sowie eine vorbestehende Fibrillation des retropatellären Knorpels erhoben. In der Beurteilung wurden ein fortschreitender gering aktivierter Knorpelschaden femorotibial medial, ein freier Gelenkkörper sowie eine fokale Synovitis festgehalten (act. G 1.4-19). Am 8. Januar 2018 wurde die Beschwerdeführerin erneut durch Dr. H.____ untersucht. Er bestätigte die Diagnose eines Reizknie links nach Arthroskopie und stellte verlaufsmässig wieder fest, dass eine mediale Gonarthrose mit schmerzhaftem Erguss bestehe (act. G 1.4-20).



5.2.2. Eine Gesamtbetrachtung der in Erwägung 5.2.1 dargelegten Aktenlage ergibt, dass auf den Befund eines ödematösen Reizzustandes, der noch im Untersuchungsbericht von Dr. F. ___ vom 10. Oktober 2017 explizit auf das mediale Kollateralband bezogen und als auffällig benannt worden war (act. G 3.2-11), ohne grossen zeitlichen Unterbruch, d.h. am 23. Oktober 2017, bei unverändertem Befund von Dr. H. ___ die Diagnose eines Reizkniees gestellt wurde (act. G 3.2-12). Erst später, d.h. seit dem Untersuchungsbericht vom 8. Dezember 2017 (act. G 1.4-18), wurden - bei zwar unveränderter Diagnose - lediglich noch der Knorpelschaden, ein Arthrosezustand und eine offensichtlich damit zusammenhängende Ödemzone angesprochen. Entsprechend wurden diese Gesundheitsschäden von Dr. H. ___ als Ursache für die medialen Kniebeschwerden betrachtet. Wie bereits von ihm festgestellt, standen ebenso die in der MRT-Untersuchung vom 3. Januar 2018 mit einer Auffälligkeit behafteten Befunde sowie die in der Beurteilung genannten Gesundheitsschäden mit den degenerativen Knorpelschäden in Zusammenhang, während die Kollateralbänder ohne Nennung eines Reizzustands als intakt beschrieben wurden (act. G 1.4-19). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass hinsichtlich der beim Unfall vom 21. August 2017 erlittenen medialen Seitenbandläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bereits per 31. August 2017 von einem Status quo ante - d.h. dem Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (in Bezug auf das mediale Seitenband ist kein Vorzustand aktenkundig) - ausgegangen werden kann. Die mediale Seitenbandläsion kann erst - wenn auch spätestens -, seit anfangs Dezember 2017 als vollständig ausgeheilt betrachtet werden. Insofern ist der Anmerkung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 8. Mai 2018 - der Vorzustand Gonarthrose habe nicht bereits zehn Tage nach dem Unfall nur noch und ausschliesslich Ursache der Beschwerden sein können - zuzustimmen.

5.2.3. Gemäss Akten hat die Beschwerdegegnerin über den 31. August 2017 hinaus bis 29. November 2017 Taggeldleistungen erbracht (act. G 3.1-19). Nicht dokumentiert ist jedoch, bis wann und inwieweit Heilbehandlungsleistungen ausgerichtet wurden. Die Beschwerdegegnerin wird jedenfalls bis 8. Dezember 2017 diejenigen gesetzlichen Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen in Folge der medialen Seitenbandläsion zu vergüten haben, welche sie noch nicht erbracht hat.

5.3.

5.3.1. Wie bereits geschildert (vgl. Erwägung 1.2), kann ein degenerativer Vorzustand durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. In diesem Fall



übernimmt die Unfallversicherung im Regelfall lediglich die Kosten des durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschubes (BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 72 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.; Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1)

5.3.2. Als degenerative Vorzustände lagen bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls vom 21. August 2017 Knorpelschäden im Bereich der Patella, der Trochlea und femoropatellär sowie mehrfache Rissbildungen des medialen Meniskus vor (vgl. Erwägung 3.3.1). Gemäss Operationsbericht vom 15. September 2017 wurden die genannten Gesundheitsschäden am 12. September 2017 arthroskopisch mit Shaving und einer medialen Teilmeniskektomie behandelt (act. G 3.2-5). Vor diesem Hintergrund ist ohne Zweifel davon auszugehen und geht auch aus der Rubrik "Indikation" des Operationsberichts hervor, dass die degenerativen Knorpelschädigungen und Meniskusrisse im Zeitpunkt der Arthroskopie schmerz- bzw. beschwerdeverursachend gewirkt haben. Eine auf zehn Tage limitierte vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes erscheint zudem gerichtsnotorisch äusserst kurz und ist aufgrund des Gesagten auch nicht anzunehmen. So wurde angesichts der Schmerzsituation der Beschwerdeführerin ohne Zuziehen bereits anlässlich der ersten Konsultation von Dr. F.____ vom 4. September 2017 die Durchführung einer Arthroskopie vereinbart und für den 12. September 2017 in die Wege geleitet (act. G 3.1-3, G 3.2-2). Die Determinierung des Status quo sine, d.h. des Zustands, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte, auf den 31. August 2017 wurde von Dr. I.____ in seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2017 offensichtlich undifferenziert mit Blick auf eine Distorsionsverletzung ohne strukturell traumatische Läsion mit kurzer Heilungsdauer vorgenommen. Eine konkrete Beurteilung der Dauer einer vorübergehenden Verschlimmerung der im vorliegenden Fall vorbestehenden degenerativen Zustände geht jedoch aus seiner Beurteilung nicht hervor. Wie in Erwägung 1.2 dargelegt, hat eine versicherte Person Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012,



E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008). Eine schadensauslösende Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2011, 8C_515/2011, E. 4.1, und 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2).

5.3.3. Angesichts der obigen Sachlage kann in einer Gesamtbetrachtung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, der Unfall vom 21. August 2017 habe für eine ausgelöste Beschwerdesymptomatik im Zusammenhang mit den vorbestehenden degenerativen Knorpelschäden und der vorbestehenden Meniskusläsion im Zeitpunkt des von Dr. I.____ angenommen Status *quo sine per* 31. August 2017 bereits keine Teilursache mehr dargestellt. Selbst wenn die vorgenannten Gesundheitsschäden degenerative Vorzustände darstellen und dem Distorsions- und/oder Kontusionstrauma vom 21. August 2017 keine schwerwiegende Bedeutung zukäme, würde dies nach der unter Erwägung 1.2 dargestellten Praxis genügen, eine Haftung des obligatorischen Unfallversicherers zu begründen. Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder vom Eidgenössischen Versicherungsgericht oder Bundesgericht noch vom Gesetzgeber eine Quantifizierung vorgenommen. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird davon abgesehen. Liegt - wie im konkreten Fall - ein eindeutiges Unfallereignis vor, darf somit nur im Ausnahmefall davon ausgegangen werden, dem Vorzustand komme gegenüber dem Distorsions- und/oder Kontusionstrauma des linken Kniegelenks ein Gewicht zu, welches die Annahme einer Unterbrechung der Unfallkausalität rechtfertigt (vgl. dazu SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Oktober 2011, 8C_380/2011, E. 4.2.1). Im selben Sinn ist mithin auch die Teilkausalität in Bezug auf den am 12. September 2017 durchgeführten arthroskopischen Eingriff mit Shaving und Teilmenisektomie mit dem Beweisgrad überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bejahen. Die Beschwerdegegnerin hat damit auch unter dem Aspekt einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes zu Unrecht *per* 31. August 2017 ihre Leistungspflicht verneint.

5.3.4. Grundsätzlich ist die Beschwerdegegnerin für die operative Behandlung und - wie bereits erwähnt - bis zur Heilung der Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit, unerwartet auftretende Komplikationen im Rahmen des Heilverlaufs usw.) leistungspflichtig. Gemäss Berichten von Dr. H.____ vom 8. Dezember 2017 (act. G 1.4-18) und 9. Januar 2018 (act. G 1.4-20) sowie der Stellungnahme von



Dr. F.____ vom 1. März 2018 (act. G 1.4-23) waren die behandlungsbedürftigen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks nach der Arthroskopie vom 12. September 2017 im weiteren Verlauf der medialen Gonarthrose, d.h. den Knorpelschäden, geschuldet. Dr. H.____ stellte in seinem Untersuchungsbericht vom 25. Oktober 2017 (act. G 1.4-14) und auch in seinen weiteren Berichten (act. G 1.4-18, G 1.4-20, G 1.4-22) die Diagnose eines Reizkniees links nach Arthroskopie. Im MRI-Untersuchungsbericht vom 3. Januar 2018 (act. G 1.4-19) ist sodann von einem mittlerweile zunehmenden Knorpelschaden bzw. einem fortschreitenden Knorpelschaden femorotibial medial die Rede. Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht abschliessend feststellen, inwieweit und bis zu welchem Zeitpunkt die Beschwerdesymptomatik nach der Arthroskopie vom 12. September 2017 noch der Operation geschuldet war oder einer neuen, unfallfremden Arthroseproblematik nach der Behandlung der unfallbedingt ausgelösten Chondropathie zuzuordnen ist. Der medizinische Sachverhalt erweist sich bezüglich dieser Frage als abklärungsbedürftig (vgl. Erwägung 1.3). Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein versicherungsexternes orthopädisches Gutachten einhole. Daran vermag nichts zu ändern, dass die Beschwerdegegnerin über den 31. August 2017 hinaus Leistungen erbracht hat, zumal, wie bereits erwähnt, aus den Akten - abgesehen von einer Bestätigung der Beschwerdegegnerin, sie habe bis 29. November 2017 das Taggeld ausgerichtet (act. G 3.1-19) - nicht hervorgeht, bis wann genau die Beschwerdegegnerin letztlich Taggeldleistungen und bis wann und inwieweit Heilbehandlungsleistungen erbracht hat.

6.

6.1.

6.1.1. Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. April 2018 in teilweiser Gutheissung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. August 2017 hinaus bis zum 8. Dezember 2017 die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der medialen Seitenbandläsion zu vergüten. Im Weiteren ist die Beschwerdegegnerin zu Abklärungen im Sinne der Erwägung 5.3, insbesondere der Erwägung 5.3.4, und anschliessend neuer Entscheidung über die Anspruchsberechtigung für die Zeit ab 9. Dezember 2017 zu verpflichten.

6.1.2. Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass bis zum 8. Dezember 2017 keine Unterscheidung in der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bezüglich der Unfallfolgen im Zusammenhang mit der medialen Seitenbandläsion einerseits und der



vorübergehenden Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände andererseits vorgenommen werden kann. Die Heilbehandlungen haben sich insgesamt auf das linke Kniegelenk der Beschwerdeführerin bezogen, womit eine Unterscheidung der vorgenannten Unfallfolgen nicht erforderlich ist. Inwieweit die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Seitenbandläsion und/oder in der vorübergehenden Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände begründet ist, wird sich ebenfalls nicht unterscheiden lassen, weshalb die Taggeldleistungen bis zum 8. Dezember 2017 unabhängig der Ursächlichkeit der Arbeitsunfähigkeit zu vergüten sind.

6.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

6.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand für die Beschwerdeführung entsprechend sowie mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 8. Januar 2019, UV 2017/34, E. 3.3) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. April 2018 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin über den 31. August 2017 hinaus bis zum 8. Dezember 2017 die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der medialen Seitenbandläsion zu vergüten. Weiter wird die Beschwerdegegnerin zu Abklärungen im Sinne der Erwägung 5.3, insbesondere der Erwägung 5.3.4, und anschliessend neuer Entscheidung über die Anspruchsberechtigung für die Zeit ab 9. Dezember 2017 verpflichtet.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.