



**Fall-Nr.:** UV 2019/70  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.04.2021  
**Entscheiddatum:** 18.09.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.09.2020**

**Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Rückweisung zur fachärztlichen Abklärung eines Knorpelschadens als Spätfolge der primären Unfallverletzung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. September 2020, UV 2019/70)**

**Entscheid vom 18. September 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2019/70

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

### Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Versicherungssachbearbeiter bei B.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Helsana Unfall AG (nachfolgend: Helsana), gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 30. April 2016 beim Fussballspielen in einem Zweikampf mit dem rechten Fuss im Kunstrasen hängen blieb und sich das rechte Knie verdrehte (act. G 3.1-K1). In einer am selben Tag erfolgten Untersuchung in der Klinik C.\_\_\_\_ stellte der behandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt Notfallaufnahme, die Hauptdiagnosen Verdacht auf eine Meniskusläsion medial, Zerrung des Innenbandes, Teilruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) rechtes Knie nach Distorsion beim Fussball (auf Kunstrasen), aktuell: Beugedefizit, medialer Druckschmerz, Vollbelastung nicht möglich, und die Nebendiagnose namentlich nicht bekannte Gerinnungsstörung (act. G 3.2-M1). Eine am 3. Mai 2016 im Radiologie Zentrum C.\_\_\_\_, durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Knies brachte eine frische Verletzung des VKB, wahrscheinlich einer subtotalen Ruptur entsprechend, eine meniscocapsuläre Dissoziation im hinteren Drittel des medialen Kompartiments, eine Läsion Grad 1 des medialen Seitenbandes, eine Knochenkontusion am Tibiaplateau und einen ausgedehnten Gelenkserguss bei Weichteilkontusion vor allem im dorsalen Kompartiment zur Darstellung (act. G 3.2-M2). Am 4. Mai 2016 wurde der Versicherte durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, untersucht, der eine VKB-Ruptur mit Partialläsion des medialen Seitenbandes (MCL) diagnostizierte (act. G 3.2-M3). Am 12. Mai 2016 folgte eine Untersuchung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, der eine VKB-Ruptur, einen kleinen medialen Knorpelschaden sowie eine Innenbandläsion Grad 1 als Hauptdiagnosen und eine Thrombopathie mit reduzierter Induzierbarkeit als Nebendiagnose stellte (act. G 3.2-M4). Am 20. Mai 2016 führte Dr. F.\_\_\_\_ beim Versicherten eine diagnostische Arthroskopie sowie eine VKB-Rekonstruktion durch (act. G 3.1-M5). Die Helsana hatte



für die Operation und den Spitalaufenthalt in der Klinik G.\_\_\_\_ vom 20. bis 25. Mai 2016 mit Schreiben vom 13. Mai 2016 Kostengutsprache erteilt (act. G 3.1-K9, G 3.1-K9.1; vgl. auch act. G 3.1-K7 und act. G 3.2-M6). Per Ende 2016 schloss die Helsana den Schadenfall gestützt auf ihre Unterlagen (vgl. insbesondere Untersuchungsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 29. November 2016 [act. G 3.2-M13]; vgl. auch act. G 3.1-K13: 100%ige Arbeitsfähigkeit bezüglich Knie ab 6. Juni 2016) ab (vgl. act. G 3.1-K40, S. 2/I.).

**A.b.** Mit Schadenmeldung UVG vom 20. Mai 2019 liess der Versicherte durch seine neue Arbeitgeberin, die Firma H.\_\_\_\_ AG, einen Rückfall zum Unfall vom 30. April 2016 melden (act. G 3.1-K17). Am 10. Mai 2019 hatte er sich bei Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, Sportmedizin, wegen Kniebeschwerden rechts in Behandlung begeben, der einen Status nach Kreuzbandplastik April 2016 und aktuell eine leichte intraartikuläre Schwellung diagnostiziert hatte (act. G 3.3-4). Entsprechend war in der Schadenmeldung UVG als Rückfalldatum der 10. Mai 2019 eingetragen worden (act. G 3.1-K17). Am 13. Mai 2019 hatte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, Radiologie K.\_\_\_\_, Diagnosezentrum L.\_\_\_\_, beim Versicherten eine MRI-Untersuchung des rechten Knies durchgeführt und im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht folgende Beurteilung festgehalten: Im Vergleich zur kernspintomographischen Voruntersuchung des rechten Kniegelenks vom 3. Mai 2016 zwischenzeitlich erfolgter vorderer Kreuzbandersatz (ST-Sehne) mit kontinuierlicher Darstellung des Transplantats entlang der Notch; zwischen VKB-Transplantat und vernarbtem Hoffa-Fettkörper gelegen eine 1.1 x 0.6 x 0.6 cm grosse cyclops-artige Gewebeformation als möglicher Hinweis auf ein anteriores Notch-Impingement; zudem leichte arthro-fibrotische Veränderung zwischen Hoffa-Spitze und VKB-Transplantat; ödematöser Reizzustand des Hoffa-Fettkörpers entlang der femurseitigen Oberfläche; im Verlauf neu aufgetretener 1.0 x 1.0 cm grosser, bis auf die basale Zone sich ausdehnender Knorpeldefekt am femurseitigen patellären Gleitlager lateral des Sulcus (DD: Zustand nach Knorpelfraktur; Zustand nach tiefer chondraler Dellamination entlang der basalen Zone); stationäre leichte Chondropathie Grad 1 posterior am lateralen Tibiaplateau; reaktiver Reizzustand des rechten Kniegelenks mit mässigem Gelenkerguss anterior in der Notch und suprapatellär (act. G 3.2-M14). Am 16. Mai 2019 war der Versicherte durch Dr. F.\_\_\_\_ untersucht worden, der am rechten Knie einen Status nach VKB-Rekonstruktion am 20. Mai 2016 mit aktuell isoliertem



## St.Galler Gerichte

Knorpelschaden Trochlea diagnostiziert hatte. Im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 hielt Dr. F.\_\_\_\_ ausserdem fest, dass die isolierte Knorpelschädigung fast zwingend ein freies Knorpelfragment zur Folge habe, welches im MRI jedoch nicht sichtbar sei. Weil der Versicherte auch Einklemmungen gehabt habe, sei ihm eine Arthroskopie des Kniegelenks und die Entfernung des freien Knorpelstücks zu empfehlen (act. G 3.2-M15). Am 21. Mai 2019 hatte die Klinik G.\_\_\_\_ der Helsana ein Kostengutsprache gesuch für einen stationären Aufenthalt des Versicherten vom 24. bis 25. Mai 2019 zur Durchführung einer Arthroskopie, einer Knorpelfragmententfernung, eines Shaving und einer Mikrofrakturierung rechts durch Dr. F.\_\_\_\_ eingereicht (act. G 3.1-K18), welches die Helsana nach Einholung einer Beurteilung ihres beratenden Arztes Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (act. G 3.2-M16), mit Schreiben vom 22. Mai 2019 ablehnte (act. G 3.1-K20; vgl. auch act. G 3.1-K20.1).

**A.c.** Mit Verfügung vom 23. Mai 2019 eröffnete die Helsana dem Versicherten, dass zwischen den als Rückfall gemeldeten Kniebeschwerden rechts und dem Unfall vom 30. April 2016 kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang erstellt sei. Die Helsana sei demzufolge nicht leistungspflichtig (act. G 3.1-K22).

**A.d.** Mit Schreiben vom 28. Mai 2019 nahm Dr. F.\_\_\_\_ zur verfügten Leistungsablehnung Stellung (act. G 3.1-K28.1).

### **B.**

**B.a.** Mit Eingabe vom 29. Mai 2019 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 23. Mai 2019 Einsprache (act. G 3.1-K28).

**B.b.** Das Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2019 unterbreitete die Helsana Prof. M.\_\_\_\_ und teilte dem Versicherten darauf mit E-Mail vom 17. Juni 2019 mit, dass dieser an seiner Beurteilung festhalte (act. G 3.1-K32).

**B.c.** Mit Entscheid vom 9. September 2019 wies die Helsana die Einsprache des Versicherten ab und bestätigte die Ablehnung ihrer Leistungspflicht (act. G 3.1-K40).

**B.d.** Mit Schreiben vom 13. September 2019 liess sich Dr. I.\_\_\_\_ zur Kausalität der Kniebeschwerden rechts des Versicherten vernehmen (act. G 1.7.1).



### C.

**C.a.** Am 8. Oktober 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) gegen den Einspracheentscheid vom 9. September 2019 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung (richtig: der Einspracheentscheid) der Helsana (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei aufzuheben und die Kosten der Behandlung seien zu übernehmen (act. G 1).

**C.b.** In der Beschwerdeantwort vom 14. November 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Beschwerdeführers (act. G 3).

**C.c.** Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 4, G 5).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.2 f. mit Hinweisen; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 (nachfolgend zitiert: KOSS UVG); Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 (nachfolgend zitiert: BSK UVG); Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2012, S. 53 ff.). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder 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 (KOSS UVG-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N



66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2, 112 V 32 f. E. 1 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen und 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., 2014, § 70 Rz. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4).

**1.2.** Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b und 118 V 297 E. 2d; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4.2). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Laufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die für den Grundfall an sich massgebenden kausalen Faktoren mit der Zeit wegfallen können, weshalb der Unfallversicherer bei einem Rückfall nicht automatisch bei seiner damaligen Leistungszusage behaftet werden kann (BGE 118 V 296 f. E. 2c; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 E. 4 Ingress).

**1.3.** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat 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 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der



Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel 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 (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung liegt die Beweislast demzufolge bei anspruchsbegründenden Tatfragen - wie einer Rückfallkausalität - bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruchs beruft. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (RKUV 1994 U 206 S. 327 f. E. 1 mit Hinweis und E. 3b; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 25. November 2004, U 209/04, E. 1.1).

**1.4.** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1 und 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechterheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen



Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 162 E. 1d und 135 V 468 ff. E. 4.3 und 4.4; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.).

### 2.

Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen dem Unfall vom 30. April 2016 und den vom Beschwerdeführer am 20. Mai 2019 durch seine Arbeitgeberin gemeldeten Kniebeschwerden rechts (act. G 3.1-K17) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Die Beschwerdegegnerin verneinte eine Rückfallkausalität gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Prof. M.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2019 (act. G 3.2-M16), der zum Schluss gekommen war, die Beschwerdegegnerin könne für die am 24. Mai 2019 vorgesehene Operation des rechten Knies keine Kostengutsprache leisten.

### 3.

**3.1.** Für die Annahme unfallkausaler somatischer Gesundheitsschäden wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, Computertomographie, MRI, Arthroskopie) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2).

**3.2.** Dr. J.\_\_\_\_ erwähnte im Bericht zur MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 13. Mai 2019 einen 1.0 x 1.0 cm grossen, bis auf die basale Zone sich ausdehnenden Knorpeldefekt am femurseitigen patellären Gleitlager lateral des Sulcus (act. G 3.2-M14). Dr. F.\_\_\_\_ stellte darauf im Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 fest, das Hauptproblem sei im Femoropatellargelenk. Hier zeige sich im Bereich der lateralen Patellafacette eine etwa 8 mm grosse isolierte Knorpelschädigung Grad 4, welche fast zwingend ein freies Knorpelfragment zur Folge habe, welches im MRI aber nicht sichtbar sei. Wegen der beklagten Einklemmungen empfahl Dr. F.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer, das Kniegelenk zu arthroskopieren und die freien Knorpelstücke zu entfernen. Gleichzeitig könnten die Ränder der Verletzung abgerundet werden und es könnte ein Microfracturing erfolgen (act. G 3.2-M1). Knorpelschäden stellen grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen dar, können aber auch als Folge eines Traumas auftreten (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1049; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 326 "Chondropathia, -pathie"; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch,



267. Aufl. 2017, S. 329 "Chondropathia patellae", S. 957). Grundsätzlich sind also beide Kausalitäten (Krankheits- und Unfallkausalität) denkbar. Nachfolgend ist zu prüfen, von welcher Kausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im vorliegenden Fall auszugehen ist.

#### 4.

Es ist anzunehmen, dass ein beim Unfall vom 30. April 2016 entstandener Knorpelschaden rechtzeitig radiologisch sichtbar gewesen wäre. Ein massgebender Ausgangspunkt für die Beurteilung der Ursächlichkeit des fraglichen Knorpelschadens bilden damit die unmittelbar nach dem Unfall gestellten Unfalldiagnosen. Im MRI vom 3. Mai 2016 (act. G 3.2-M2) zeigte sich die unbestrittenermassen beim Unfall erlittene Verletzung des VKB, wahrscheinlich einer subtotalen Ruptur entsprechend, worauf Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ in den Untersuchungsberichten vom 4. Mai 2016 (act. G 3.2-M3) bzw. 12. Mai 2016 (act. G 3.2-M4) eine VKB-Ruptur diagnostizierten. Im MRI konnten ausserdem mehrere Chondropathieareale Grad 3 im medialen Kompartiment, vor allem auf Höhe des medialen Femurkondylus, ausgemacht werden. An der patellaren Hinterwand zeigte sich hingegen keine signifikante Knorpelschichtverschmälerung. Auch im lateralen Kompartiment liess sich offenbar kein Knorpelschaden erheben. Am 20. Mai 2016 folgte die diagnostische Arthroskopie durch Dr. F.\_\_\_\_ (act. G 3.2-M5). Eine Arthroskopie lässt gegenüber dem MRI durch den direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zu (Pschyrembel, a.a.O., S. 153 f.; Debrunner, a.a.O., S. 247 f., 725 f.). Dr. F.\_\_\_\_ erhob intraoperativ im femoropatellären Kompartiment als Befunde etwas Synovitis und Hämarthros. Der Knorpel zeigte sich indessen schön und die Patella gut zentriert. Auch der Knorpel im lateralen Kompartiment wies - wie im MRI - keine Auffälligkeit auf. Lediglich im medialen Kompartiment kam in Übereinstimmung mit dem MRI-Befund ein kleiner femoraler Knorpelschaden zur Darstellung. Entsprechend den vorgenannten Untersuchungsergebnissen diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 12. Mai 2016 (act. G 3.2-M4) und im Austrittsbericht vom 26. Mai 2016 (act. G 3.2-M6) einen medialen Knorpelschaden. Angesichts der dargelegten Sachlage fällt ein Knorpelschaden im Femoropatellargelenk im Bereich der lateralen Patellafacette als eine beim Unfall neu entstandene Läsion ausser Betracht. An dieser Beurteilung vermag auch die Aussage von Dr. F.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 28. Mai 2019 (act. G 3.2-M17) - eine traumatische Ursache sei, weil es sich im konkreten Fall um eine isolierte Verletzung handle, hochwahrscheinlich und eine degenerative Ursache unwahrscheinlich - nichts zu ändern. Die Feststellung von Dr. F.\_\_\_\_ blieb im Übrigen unbegründet.



### 5.

**5.1.** Dr. F.\_\_\_\_ bezeichnet in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 (act. G 3.2-M17) den isolierten Knorpelschaden der Trochlea am rechten Kniegelenk ausserdem als Folge der VKB-Ruptur vom 30. April 2016. Dr. I.\_\_\_\_ spricht zwar in seinem Bericht vom 13. September 2019 (act. G 3.2-M18) in Bezug auf den isolierten Knorpelschaden von einer direkten Unfallfolge, erklärt aber übereinstimmend mit Dr. F.\_\_\_\_, dass dieser im Zusammenhang mit der im Anschluss an das Unfallereignis 2016 durchgeführten VKB-Plastik stehe. Auch Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ gehen damit offensichtlich nicht von einem unmittelbar beim Unfall vom 30. April 2016 erlittenen Knorpelschaden im Femoropatellargelenk bzw. der Trochlea, sondern von einer Spätfolge (vgl. dazu Erwägung 1.2) der damals erlittenen VKB-Verletzung aus. Wie in Erwägung 4 dargelegt, zeigte sich weder in der im Grundfall durchgeführten MRI-Untersuchung vom 3. Mai 2016 (act. G 3.2-M2) noch in der diagnostischen Arthroskopie vom 20. Mai 2016 (act. G 3.2-M5) im femoropatellären Kompartiment ein Knorpelschaden, womit der in der MRI-Untersuchung vom 13. Mai 2019 (act. 3.2-M14) erhobene und von Dr. F.\_\_\_\_ als Ursache für die geklagten Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks bezeichnete Knorpelschaden im Femoropatellargelenk (vgl. act. G 3.2-M15) gegenüber der damaligen Unfallverletzung, der VKB-Ruptur, ein andersgeartetes Krankheitsbild darstellt.

**5.2.** Der Knorpelschaden kommt damit im konkreten Fall nur als sekundär traumatische Gesundheitsschädigung in Frage. Die Kausalität zwischen einer direkt beim Unfall erlittenen Körperschädigung und einer später aufgetretenen andersgearteten Gesundheitsschädigung ist nicht ausgeschlossen. Wie bereits dargelegt (vgl. Erwägung 1.2), sieht Art. 11 UVV die Leistungspflicht des Unfallversicherers für Spätfolgen vor. Laut medizinischer Literatur können gerade Knorpelschäden aus Instabilitäten im Bereich des Kniegelenks resultieren, welche wiederum die Folge einer Bänderverletzung sind (Debrunner, a.a.O., S. 601, 612 f., 636 ff., 1100 ff.; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 53 f.; <https://www.loges.de/de/service/magazin/ueberbelastung-und-fehlbelastungsfolgen-im-sport/>, abgerufen am 4. September 2020).

**5.3.** Dr. F.\_\_\_\_ geht in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2019 offenbar von einer solchen Kausalkette aus (vgl. Erwägung 5.1; act. G 3.2-M17). Er belässt es zwar bei einer entsprechenden Feststellung, ohne diese nachvollziehbar zu begründen. Zudem hatte er im Untersuchungsbericht vom 29. November 2016 eine sehr schöne VKB-Stabilität beschrieben (act. G 3.2-M13). Anatomisch ist jedoch zu beachten, dass das



Femoropatellargelenk gerade durch den Bandapparat rund ums Knie, also auch durch das VKB, stabilisiert wird (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1025, 1027, 1090 ff.) und sich diesbezüglich im MRI vom 13. Mai 2019 (act. G 3.2-M14) strukturelle Auffälligkeiten zeigten, welche als Folge der Operation vom 20. Mai 2016 und damit als Folge der VKB-Verletzung gesehen werden könnten. So zeigte sich im zentralen Kompartiment, wo das VKB liegt, zwischen dem VKB-Transplantat und dem vernarbten Hoffa-Fettkörper gelegen eine 1.1 x 0.6 x 0.6 cm grosse cyclops-artige Gewebeformation als möglicher Hinweis auf ein anteriores Notch-Impingement. Zudem wurde eine leichte arthro-fibrotische Veränderung zwischen Hoffa-Spitze und VKB-Transplantat erhoben. Selbst beim Femoropatellargelenk wurde im Untersuchungsbericht vom 13. Mai 2019 eine strukturelle Veränderung ("deutliche Hoffa-Vernarbung entlang der ehemaligen Arthroskopie-Portale") beschrieben, welche einen Zusammenhang mit der Operation der unbestrittenermassen beim Unfall vom 30. April 2016 erfolgten VKB-Ruptur annehmen lässt.

**5.4.** Prof. M.\_\_\_\_ hält in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2019 fest, dass im Grundfall als Unfallverletzung eine VKB-Verletzung radiologisch objektiviert und operiert worden sei, sich jedoch der Knorpel im Bereich des femoro-patellaren Gelenkanteils initial im MRI und in der Arthroskopie unauffällig präsentiert habe. Der erst im MRI vom 13. Mai 2019 erhobene Knorpelschaden im Femoropatellargelenk könne deshalb nicht als Rezidiv oder Spätfolge der VKB-Verletzung gesehen werden. Prof. M.\_\_\_\_ betrachtet damit die einzelnen strukturellen Gesundheitsschäden sowie Kniegelenksbereiche vollkommen getrennt und nimmt in keiner Weise Stellung zu den in Erwägung 5.3 dargelegten anatomischen Zusammenhängen. Die isolierte Betrachtungsweise und auch sein Hinweis auf die dokumentierte Gerinnungsstörung, die unter Umständen einen Schaden nicht traumatischer Art - speziell in den Sprung- und Kniegelenken im fortgeschrittenen Alter - nach sich ziehen könne, stellen keinen überwiegend wahrscheinlichen Nachweis dar, dass der Knorpelschaden keinen Zusammenhang zu den traumatischen Veränderungen im Knie oder der Operation vom 20. Mai 2016 aufweist. Dies, zumal Prof. M.\_\_\_\_ bezüglich der Wirkung der Gerinnungsstörungen lediglich eine Vermutung anstellt und diesbezügliche Abklärungen offensichtlich nicht durchgeführt wurden.

**5.5.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es dem Gericht anhand der Ausführungen von Prof. M.\_\_\_\_ nicht möglich ist, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob im konkreten Fall von einem sekundär traumatischen Knorpelschaden im Bereich des Femoropatellargelenks oder von einem rein degenerativen Vorzustand auszugehen ist. Die Beschwerdegegnerin



wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs.1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Erwägung 1.3) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität gehalten gewesen. Nachdem bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer versicherungsexternen fachmedizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **6.**

**6.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 8. Oktober 2019 unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. September 2019 (act. G 3.1-K40) dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

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

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### **1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 9. September 2019 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### **2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.