

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/4 vom 20. November 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/4 du 20 novembre 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/4 del 20 novembre 2013

Regeste

Art. 6 UVG. Frage der Unfallkausalität von Kniebeschwerden. Rückweisung an die Unfallversicherung zur Veranlassung einer medizinischen Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. November 2013, UV 2013/4).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist, ob die beim Beschwerdeführer nach dem 20. Januar 2012 weiterhin bestehenden gesundheitlichen Probleme am rechten Kniegelenk auf das Ereignis vom 8. April 2010 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erwägungen 1 und 2) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlichen Störungen sowie die Beweisvoraussetzungen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2.1

Mit Bericht vom 16. Oktober 2010 diagnostizierte der Angiologe Dr. med. H.____, Venenzentrum I.____, beim Beschwerdeführer eine Dekubitalulzera an beiden Füßen bei diabetischer Angiopathie und empfahl die Weiterführung angiologischer Therapien (UV-act. 77). Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bescheinigte am 3. November 2010, dass der Beschwerdeführer an einer posttraumatischen Lähmung des ganzen linken Beines leide. Aufgrund der Läsion sei zu erwarten, dass er noch längere Zeit, möglicherweise dauernd auf den Rollstuhl angewiesen sein werde (UV-act. 65). Gestützt auf eine Beurteilung von Suva-Arzt Dr. med. K.____ (UV-act. 95) anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die bei Dr. H.____ angefallenen Behandlungskosten (act. G 1 Beilage 11). Vom 30. Juni bis 2. Juli 2011 erfolgte wegen des diabetischen Fussyndroms beidseits im Spital L.____ ein stationärer Aufenthalt (UV-act. 210). Für einen weiteren vierwöchigen stationären Aufenthalt im Medizinischen Zentrum D.____ sicherte die Beschwerdegegnerin am 9. November 2011 eine anteilmässige Kostenbeteiligung (ohne Präjudiz für die Zukunft) zu (UV-act. 290, 299). Im Aktengutachten vom 30. März 2012 hielt Suva-Arzt Prof. Dr. E.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem fest, dass der Unfallmechanismus (Ereignis vom 8. April 2010) wenig klar sei. Bei dem Ereignis sei in nicht näher bekannter Weise das rechte Kniegelenk traumatisiert worden. Typische Folgen eines Distorsionstraumas wie ein frischer Meniskusriss, eine Bandverletzung oder eine traumatische Knorpelabspaltung seien weder in der MRI-Beurteilung vom 22. April 2010 noch im Operationsbericht vom 24. April 2010 beschrieben worden. Es werde von sehr erheblichen degenerativen Veränderungen entsprechend einer fortgeschrittenen

Gonarthrose rechts gesprochen. Durch die Knie-Arthroskopie am 24. April 2010 seien praktisch ausschliesslich, wenn nicht gänzlich rein degenerative Veränderungen an den Binnenstrukturen des rechten Kniegelenks gefunden worden. Es habe beim Eingriff eine Gonarthrose-Behandlung stattgefunden, was sich am intraoperativen Prozedere des vorwiegend Débridierens anlässlich der Arthroskopie erkennen lasse. Besonders die am Ende der Operation vorgenommene Infiltration des Gelenkbinnenraumes mit einem Corticosteroid (Kenacort) mache deutlich, dass die Gonarthrose im Zentrum der therapeutischen Bemühungen gestanden habe. Die Komplikationen der postarthroskopischen Arthritis des rechten Kniegelenkes seien aufgrund des stark erhöhten Risikos in der beim Beschwerdeführer vorliegenden Konstellation von diversen Gesundheitsstörungen nicht ungewöhnlich. Der Diabetes mellitus erhöhe das Risiko einer Infektion um das Fünffache. Zusätzlich sei noch ein Kortikosteroid intraartikulär verabreicht worden, was das Risiko einer Infektion nochmals habe ansteigen lassen. Die Kausalität der rechtsseitigen (vorbestehenden) Gonarthrose sei nicht mehr mit dem Ereignis vom 8. April 2010 zu begründen. Die vorbestehende Gonarthrose sei durch die postoperative Infektion nach dem Eingriff vom 8. April 2010 für einen Zeitraum von sechs bis acht Monaten akzentuiert worden; anschliessend sei von einem Status quo sine auszugehen. Die linksseitige Beinschwäche sei nicht kausal mit dem Ereignis in Zusammenhang stehend. Die Implantation einer Knie-Endoprothese sei nicht als Folge eines Unfallschadens am rechten Kniegelenk indiziert. Die Nervenverletzung am linken Bein sei nicht auf einen Behandlungsfehler im Kantonsspital zurückzuführen. Es handle sich dabei um eine Komplikation bei prophylaktischer oder therapeutischer Antikoagulation. Der Schaden sei schon vorhanden gewesen, als am 8. Juni 2010 eine chirurgische Evakuierung des Hämatoms vorgenommen worden sei (UV-act. 347 S. 18-24).

E. 2.2

Am 25. April 2012 implantierte Dr. med. Ch. G.____, Klinik M.____, beim Beschwerdeführer eine Kniegelenktotalprothese rechts (UV-act. 357). In der ärztlichen Beurteilung vom 6. Juli 2012 stimmte Suva-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH, der Beurteilung von Prof. E.____ insofern nicht zu, als er einerseits den Gesundheitsschaden im Bereich des rechten Kniegelenks durch die im Rahmen der Arthroskopie vom 24. April 2010 eingetretene Infektion als richtunggebend verschlimmert ansah und andererseits die Einwicklung des Psoas-Kompartiment-Syndroms sowie der Nervenschädigung am linken Kniegelenk ebenfalls auf diese Arthroskopie zurückführte. Die Behandlungen im Zusammenhang mit der rechtsseitigen Gonarthrose und den auf dem Psoas-Kompartiment-Syndrom beruhenden Nervenläsionen seien Folgen der Komplikationen der von der Beschwerdegegnerin übernommenen Operation vom 24. April 2010 (Hinweis auf Beurteilung durch Dr. K.____ vom 13. Januar 2011). Zur Unfallkausalität des Gesundheitsschadens, welcher zu dieser Operation geführt habe, sei er nicht befragt worden. Er schlage deshalb vor, eine solche Kausalitätsbeurteilung zu veranlassen (UV-act. 363). In der Beurteilung vom 21. August 2012 verneinte Dr. F.____ die Unfallkausalität der Gesundheitsschädigung, welche zur Arthroskopie vom 24. April 2010 führte. Bei letzterer seien keine Unfallfolgen nachgewiesen. Behandelt worden seien Folgen eines degenerativen Verschleissleidens im Sinne der Gonarthrose rechts. Insbesondere sei eine grosszügige Teilresektion des degenerativ veränderten Aussenmeniskus durchgeführt worden. Zur Abklärung von Unfallfolgen sei bei aussagekräftigem, vorgängig durchgeführtem MRI die Arthroskopie nicht erforderlich gewesen. Zudem sei der dokumentierte Unfallhergang nicht geeignet, eine Meniskusläsion zu bewirken (UV-act. 368). Am 17. Oktober 2012 bestätigte

Dr. G.____, dass die Erkrankungen des rechten Kniegelenkes hauptsächlich durch den Treppensturz vom April 2010 entstanden seien, entweder vollständig oder durch den Treppensturz richtungweisend verschlimmert (UV-act. 372 S. 36). In der chirurgischorthopädischen Beurteilung vom 12. Juni 2013 bestätigte Dr. F.____ seine früheren Beurteilungen vom 6. Juli und 21. August 2012 (act. G 9.1). Auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G 11 Beilage 23) hielt Dr. G.____ im Schreiben vom 12. August 2013 an seinem Standpunkt fest, dass die durchgeführten Operationen die Ursache im Unfall hätten. Nicht jede Meniskusläsion mache einen Hämarthros (Blut im Gelenk), sondern nur diejenigen, die im roten Bereich, an der Basis, stattfinden würden. Die Mehrheit der Meniskusrisse sei im rot-weissen Bereich, wo die Durchblutung nachweislich massiv reduziert bis aufgehoben sei, so dass ein Hämarthros sicher nicht zwingend sei und ein Trauma ausschliesse. Sodann müsse ein Ausrutschen nicht zwingend in Längsrichtung erfolgen. Im flektierten Zustand brauche es wenig Drehung, bis der Meniskusriss erfolge; auch vom ausrutschenden Fuss könne eine Drehung auf das Kniegelenk erfolgen. Wenn das Gewicht des Beschwerdeführers, der kein Leichtgewicht sei, darauf komme, brauche es in Flexion wenig Rotationsbewegung, bis der Meniskus einreise. Laut Bericht vom 19. April 2010 habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er das rechte Knie beim Umkippen und Ausrutschen verdreht habe. In den Aufzeichnungen seien keine Blutungen oder Hämatome am Körper erwähnt; lediglich ein Hämatom gluteal und eine Platzwunde am Kopf habe vorgelegen. Vor der Menisektomie sei keine Antikoagulation erfolgt, sondern erst nachher (act. G 11 Beilage 24). Suva-Arzt Dr. F.____ nahm hierzu am 12. September 2013 Stellung (act. G 15.1).

E. 3.1

Unbestritten ist vorliegend, dass der Sturz auf der Treppe vom 8. April 2010 mit Umknicken des rechten Fusses und Anschlagen des Kopfes an einem Heizkörper (UV-act. 1) als Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG zu qualifizieren ist. Da somit auch eine ungewöhnliche äussere Einwirkung im Sinn der erwähnten Bestimmung nicht in Frage gestellt ist, fällt eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinn von Art. 9 UVV grundsätzlich ausser Betracht. Bei der Erstkonsultation beim Hausarzt am Folgetag nach dem Unfall, welche offenbar wegen einer (krankheitsbedingten) Antikoagulationskontrolle bereits vereinbart gewesen war, zeigte sich als unmittelbare Unfallfolge ausschliesslich eine Rissquetschwunde am Kopf. Der Beschwerdeführer erwähnte gegenüber dem Hausarzt keine Kniebeschwerden (UV-act. 11). In der Unfallmeldung vom 13. April 2010 wurde als vom Ereignis betroffener Körperteil lediglich das "Gesicht beidseitig" vermerkt (UV-act. 1). Im vorliegenden Verfahren liess der Beschwerdeführer darlegen, er habe beim Treppensturz einen Schmerz im rechten Knie verspürt, welchem er jedoch aufgrund der Begleitumstände und der blutenden Rissquetschwunde am Kopf keine weitere Beachtung geschenkt habe (act. G 1 S. 4; vgl. auch act. G 5.1 und G 5.3 S. 2). Gemäss nachträglicher Bestätigung von Dr. G.____ vom 17. April 2013 hatte sich der Beschwerdeführer bei ihm am 10. April 2010 notfallmässig gemeldet (act. G 5.1). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. G 9 S. 2) besteht kein konkreter Anlass, diese Bestätigung nicht zum Beweis zuzulassen. Allein der Umstand, dass die dort vermerkte Konsultation der Beschwerdegegnerin nicht in Rechnung gestellt wurde, setzt den Beweiswert der nachträglichen Bestätigung nicht herab. Am 19. April 2010 konsultierte der Beschwerdeführer das Kantonsspital St. Gallen und machte Schmerzen im medialen Bereich des rechten Kniegelenks geltend (UV-act. 2). Im Rahmen der MRI-Abklärung vom 22. April 2010 (UV-act. 9) und der Arthroskopie vom 24. April 2010 (UV-act. 7)

bestätigten sich Meniskusläsionen am rechten Knie. Am 13. August 2010 bestätigte der Suva-Kreisarzt, dass die Kausalität der Folgeschäden (Komplikationen) mit dem eigentlichen Unfallschaden gegeben sei; dies allerdings ohne nähere Begründung (act. G 1 Beilage 8). Dr. B. ___ begründete seine Schlussfolgerung im Schreiben vom 19. Dezember 2010, wonach sich der Beschwerdeführer rückblickend beim Treppensturz eine (erst einige Tage später Beschwerden verursachende) Meniskusverletzung zugezogen haben dürfte, dahingehend, dass dieser zwar anlässlich der Konsultation (Quickkontrolle) vom 9. April 2010 neben Kopfschmerzen keine weiteren Beschwerden (Kniebeschwerden) gemeldet habe, jedoch zehn Tage später wegen Kniebeschwerden im Kantonsspital vorstellig geworden sei. Die Arthroskopie sei sicher in diesem Zusammenhang zu sehen. Die folgenden Komplikationen seien wohl anfänglich im Zusammenhang "mit der Sturz bedingten Arthroskopie" zu sehen, während die Spätfolgen wohl eher dem Grundleiden (Diabetes mellitus, PAVK) zuzuschreiben seien (UV-act. 82 S. 1). In der ärztlichen Beurteilung vom 13. Januar 2011 führte Suva-Arzt Dr. K. ___ die Dekubitalulzera teilkausal auf die in Folge Arthroskopie im rechten Knie vom 24. April 2010 entstandenen Komplikationen (als Auslöser) zurück. Bei der Dekubitalulzera an den Füßen handle es sich um indirekte Unfallfolgen wegen der langen Bettlägerigkeit postoperativ (UV-act. 95; vgl. auch UV-act. 85). Auch die Spezialschuh-Versorgung sowie ein stationärer Aufenthalt im Medizinischen Zentrum D. ___ vom 1. März bis 31. Mai 2011 wurde von Seiten des Kreisarztes mit Hinweis auf die Komplikationen nach unfallbedingter Operation als unfallbedingt erachtet (act. G 1 Beilagen 12f).

E. 3.2

Während in der Folge Prof. E. ___ in seinem Aktengutachten vom 30. März 2012 unter anderem zum Schluss gekommen war, dass die vorbestehende Gonarthrose durch die postoperative Infektion nach dem Eingriff vom April 2010 für einen Zeitraum von sechs bis acht Monaten akzentuiert worden und anschliessend von einem Status quo sine auszugehen sei (UV-act. 347 S. 24), sah Dr. F. ___ in der Beurteilung vom 5. Juli 2012 den Gesundheitsschaden am rechten Kniegelenk durch die im Rahmen der Arthroskopie vom 24. April 2010 eingetretene Infektion als richtunggebend verschlimmert an und führte die Entwicklung des Psoas-Kompartiment-Syndroms sowie der Nervenschädigung am Kniegelenk ebenfalls auf die erwähnte Arthroskopie zurück. Hierbei verwies er auf die erwähnte, die Unfallkausalität bejahende Beurteilung von Dr. K. ___ vom 13. Januar 2011 (UV-act. 363 S. 18). Für die Begründung seiner Schlussfolgerung in der Beurteilung vom 21. August 2012, wonach die Unfallkausalität der Gesundheitsschädigung, welche zur Arthroskopie vom 24. April 2010 geführt habe, zu verneinen sei, erwog Dr. F. ___ zum einen, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 8. April 2010 an einer Gonarthrose am rechten Knie gelitten habe. Hierzu verwies er auf die in seinem Bericht vom 6. Juli 2012 dargelegte Aktenlage (UV-act. 368 S. 2). Im letztgenannten Bericht findet sich ein Operationsbericht (Infiltration rechtes Kniegelenk) vom 15. Dezember 2008 zitiert, in welchem eine beginnende Gonarthrose rechts diagnostiziert worden war (UV-act. 363 S. 2). Dieser Umstand wie auch die Tatsache, dass sich im MRI vom 22. April 2010 (UV-act. 9 S. 1) sowie im Operationsbericht vom 24. April 2010 (UV-act. 7) im Wesentlichen degenerative Befunde zeigten (UV-act. 368 S. 2 und 4), schliesst eine teilkasuale Unfalleinwirkung (im Sinn der Auslösung oder Verschlimmerung von Beschwerden) im Sinn von Art. 36 Abs. 1 UVG nicht ohne Weiteres aus, zumal für die Zeit unmittelbar vor dem Ereignis vom 8. April 2010 keine Behandlungen am rechten Kniegelenk aktenkundig sind. In diesem Sinn bescheinigte auch Prof. E. ___ lediglich "praktisch ausschliesslich,

wenn nicht gänzlich rein degenerative Veränderungen" an den Binnenstrukturen des rechten Kniegelenkes (UV-act. 347 S. 18). Zu beachten ist zudem, dass sich nach den Darlegungen von Dr. F.____ im Aussenmeniskus, der am stärksten vom Verschleiss betroffen sei, ein Horizontalriss, der typischerweise bei Degenerationen vorkomme, nicht findet (vgl. UV-act. 368 S. 3, 6 und S. 9). Dr. F.____ vermerkte sodann, dass eine direkte traumatische Gewalteinwirkung auf das rechte Knie nicht zur Diskussion stehe und auch die Umstände nicht auf eine solche hindeuten würden (UV-act. 368 S. 9). Ausserdem würde eine unfallbedingte indirekte Meniskusschädigung eine Fixierung des rechten Fusses mit Rotationskraft auf das rechte Kniegelenk voraussetzen, was gemäss dem aktenkundigen Unfallhergang fehle (UV-act. 368 S. 4f, 7f und 10). Dem Schreiben von Dr. G.____ vom 12. August 2013 (act. G 11 Beilage 24) hielt Dr. F.____ am 12. September 2013 entgegen, es sei korrekt, dass ein Meniskusriss nicht zwingend ein Hämarthros verursachen müsse. Die Unfallkausalität sei aber auch nicht wegen eines fehlenden Hämarthros zu verneinen. Jedoch seien die fehlenden Einblutungen in den Kapsel-Band-Apparat als sicheres Zeichen zu werten, dass keine wesentliche Gewalt auf das Kniegelenk eingewirkt habe. Die Aussage von Dr. G.____, wonach die Antikoagulation erst postoperativ erfolgt sei, sei befremdlich, denn sie zeige, dass der Operateur sich mit der Vorgeschichte des Patienten nicht ausreichend auseinandergesetzt habe. Dabei würde es genügen, die Diagnoseliste im Austrittsbericht (29. April 2010) seiner eigenen Klinik zu lesen. Bereits im Bericht über die Herzkatheter-Untersuchung und PTCA vom 16. Februar 2006 sei auf die Notwendigkeit der Antikoagulation hingewiesen worden. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals vom 18. September 2009 sei ebenso wie im Austrittsbericht der Klinik von Dr. G.____ vom 29. April 2010 Marcoumar und Aspirin zur Antikoagulation angegeben worden. Sodann sei gemäss Bericht von Dr. B.____ vom 24. Juni 2010 die Behandlung nach dem Unfall vom 8. April 2010 zur Kontrolle der Antikoagulation vereinbart gewesen. Nachweise einer Antikoagulation zum Zeitpunkt des Unfalls lägen daher vor. Die Beschreibungen des Unfallhergangs würden nicht erkennen lassen, dass der Fuss beim Unfall fixiert gewesen sei; ein Fuss, der rutsche, sei nicht fixiert. Bei fehlender Fixierung könne es nicht zu einer gegensätzlichen Rotation des Oberschenkels gegen den Unterschenkel kommen, welche erforderlich wäre, durch indirekte Gewalteinwirkung eine Läsion des Meniskus hervorzurufen. An den Ausführungen in den Beurteilungen vom 12. Juni und 21. August 2013 sei daher festzuhalten (act. G 15.1).

E. 3.3

Die in E. 3.1 und 3.2 geschilderte Aktenlage macht deutlich, dass die von Seiten der beteiligten Ärzte geäusserten Standpunkte betreffend Unfallkausalität der gesundheitlichen Probleme am rechten Knie des Beschwerdeführers nicht in einer Weise miteinander in Einklang zu bringen sind, dass sich daraus ein überwiegend wahrscheinlicher medizinischer Sachverhalt eruieren liesse. Auch wenn die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 12. August 2013 (act. G 11 Beilage 24) teilweise fehlerhafte Annahmen (insbesondere bezüglich Antikoagulation vor der Menisektomie vom 24. April 2010) enthalten dürfte (vgl. act. G 15.1), kann dessen Darlegungen dennoch nicht ohne Weiteres der Beweiswert aberkannt werden. Insbesondere lässt sich die entscheidende Frage, ob anlässlich der (von der Beschwerdegegnerin übernommenen) Operation vom 24. April 2010 ausschliesslich krankheitsbedingte Degenerationen behandelt wurden, aufgrund der Stellungnahmen der Dres. E.____, G.____ und F.____ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beantworten. Da bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von ärztlichen Feststellungen weitere Abklärungen erforderlich machen (BGE 122 V 157 E. 1d), lassen

sich beim geschilderten Sachverhalt weitere medizinische Abklärungen nicht umgehen. Sollte die vorerwähnte Frage zu verneinen und sollten mit dem Eingriff vom 24. April 2010 nicht ausschliesslich krankheitsbedingte Degenerationen behandelt worden sein, wäre im Weiteren zu klären, ob nach dem von der Beschwerdegegnerin verfügten Leistungsende (20. Januar 2012) die Beschwerden im rechten Knie als (teilweise) unfallbedingt bzw. durch die Unfallbehandlung (Operation vom 24. April 2010) bedingt (vgl. Art. 6 Abs. 3 UVG) anzusehen seien, und gegebenenfalls für wie lange dies noch der Fall gewesen wäre. Für den Fall der Verneinung einer Unfallkausalität und Leistungspflicht nach dem 20. Januar 2012 wäre zu beachten, dass diesfalls der Beschwerdeführer allein aus dem Umstand der bis 20. Januar 2012 erfolgten Übernahme von Taggeldern und Heilungskosten durch die Beschwerdegegnerin für den Schaden am rechten Knie keinen Leistungsanspruch über das erwähnte Datum hinaus ableiten könnte (vgl. dazu BGE 130 V 380 E. 2.3.1).

E. 3.4

Nachdem die Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden am rechten Knie medizinisch abzuklären sein wird, erübrigt sich eine nähere Prüfung der Frage, ob überdies - wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt - von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Begründungspflicht (act. G 1 S. 18f) auszugehen ist. - Nach der Rechtsprechung sind weitere medizinische Begutachtungen grundsätzlich vom Gericht zu veranlassen. Eine Rückweisung bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C_243/2011, E. 4.4.1.3). Mit Bezug auf den vorliegenden Sachverhalt ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin auf der Basis von Suva-ärztlichen Aktenberichten die Leistungseinstellung verfügte und in diesem Verfahren weitere Suva-ärztliche Aktenberichte einreichte, welche die früheren Beurteilungen im Wesentlichen bestätigen. Die erwähnten Berichte vermögen - wie auch diejenigen von Dr. G.____ - wie dargelegt die sich stellenden medizinischen Kausalitätsfragen nicht zureichend zu beantworten. Vor diesem Hintergrund erscheint es gerechtfertigt, die Angelegenheit an die Suva zur Veranlassung einer Suva-externen medizinischen Abklärung (vgl. auch act. G 1 S. 25) der Unfallkausalität der Beschwerden am rechten Knie betreffend den Zeitraum nach dem 20. Januar 2012 zurückzuweisen. Dabei werden die gemäss höchstrichterlicher Praxis bestehenden Mitwirkungsrechte der zu untersuchenden Person zu beachten sein.

E. 4.1

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. Dezember 2012 dahingehend gutzuheissen, dass die Angelegenheit zur Suva-externen medizinischen Abklärung der Frage der Unfallkausalität der Beschwerden am rechten Kniegelenk betreffend den Zeitraum nach dem 20. Januar 2012 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 4.2

Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese wie in vergleichbaren Verfahren üblich auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 14. Dezember 2012 dahingehend gutgeheissen, dass die Angelegenheit zur Suva-externen

medizinischen Abklärung der Frage der Unfallkausalität der Beschwerden am rechten Knie betreffend den Zeitraum nach dem 20. Januar 2012 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.