

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/16 vom 22. Mai 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_16

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/16 du 22 mai 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/16 del 22 maggio 2019

Regeste

Art. 6 UVG. Art. 9 Abs. 2 UVV. Bejahung eines Unfallereignisses oder zumindest einer unfallähnlichen Körperschädigung. Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung lagen keine Beschwerden mehr vor, welche in Kausalzusammenhang mit dem angeschuldigten Ereignis standen. Insbesondere war der Status quo sine vel ante nach einer Meniskusläsion erreicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Mai 2019, UV 2017/16).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 2

Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls bis zu welchem Zeitpunkt die Beschwerdegegnerin als obligatorische Unfallversicherung des Beschwerdeführers für die Folgen des Ereignisses vom 18. Dezember 2015 leistungspflichtig ist. Nachdem die Beschwerdegegnerin bis 31. Juli 2016 Leistungen erbracht hatte, stellte sie sich in ihrer Duplik auf den Standpunkt, es liege weder ein Unfallereignis noch ein unfallähnliches Ereignis vor. Sie sei von Anfang an nicht leistungspflichtig gewesen und es komme eine *reformatio in peius* in Betracht (act. G24). Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer nach Eingang der Unfallmeldung (undatiert, gemäss Angabe der Beschwerdegegnerin am 28. Januar 2016 bei ihr eingegangen; vgl. UV-act. 34.1) formlos Versicherungsleistungen. Damit anerkannte sie faktisch ihre Leistungspflicht und demnach auch das Vorliegen eines Unfallereignisses. Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die wie vorliegend erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger eine schriftliche Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in einem formlosen Verfahren behandelt werden (Art. 51 Abs. 1 ATSG). Der im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG erlassene Entscheid zeichnet

sich dadurch aus, dass er - wie die Verfügung im Anwendungsbereich von Art. 49 ATSG - in Rechtskraft erwachsen kann. Wann diese Rechtskraft eintritt, ist im Verhältnis Versicherungsträger und Partei unterschiedlich zu beantworten. In Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG drängt sich die Lösung auf, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann. In BGE 134 V 152 E. 5.3.2 legte das Bundesgericht fest, dass der betroffenen Person dazu eine Frist von einem Jahr zur Verfügung steht. Dies mit Blick auf das Gebot der Rechtssicherheit sowie den Verfassungsgrundsatz von Treu und Glauben (BGE 134 V 150 E. 5.2). Anders verhält es sich für den Versicherungsträger. Dieser kann nur innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erlass des formlosen Entscheids voraussetzungslos auf diesen zurückkommen; ist diese Frist verstrichen, ist eine Änderung nur im Rahmen von Art. 53 ATSG zulässig. Der im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG erlassene Entscheid erwächst also aus Sicht des Versicherten nach einer einjährigen Frist, aus derjenigen des Versicherungsträgers nach 30 Tagen (vgl. Art. 52 Abs. 1 ATSG) in Rechtskraft. Damit ergibt sich eine Rechtslage, die mit derjenigen bei formellen Verfügungen übereinstimmt (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Bern/St. Gallen/Zürich 2015, Art. 51 N 8 und 26 f.).

E. 3

Nachdem ein rechtskräftiger Entscheid vorliegt, ist im Folgenden nur zu prüfen, ob ein Rückkommenstitel nach Art. 53 ATSG gegeben ist. Eine Wiedererwägung des Entscheids fällt im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG nur dann in Betracht, falls sich die Anerkennung des Ereignisses vom 25. Mai 2015 als Unfall als zweifellos unrichtig erweisen sollte. 3.1 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die 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. Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog (BGE 112 V 202 f. E. 1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (RKUV 2000 Nr. U 368 S. 99 E. 2b mit Hinweisen; BGE 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen). Nach Lehre und Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors auch in einer unkoordinierten Bewegung (RKUV 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 176 f.) oder in einer (im Hinblick auf die Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person) ausserordentlichen Überanstrengung (vgl. BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2) bestehen. 3.2 Damit beurteilt werden kann, ob die Beschwerdegegnerin den Vorfall vom 18. Dezember 2015 nicht zweifellos unrichtig als Unfall qualifiziert hat, ist vorweg zu klären, wie sich das Geschehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ereignet hat. In der Unfallmeldung führte die Arbeitgeberin lediglich aus, beim Produkte holen (Kiste mit Brot) habe es dem Beschwerdeführer "einen Zwick im Kreuz gegeben und einen Riss in der Kniescheibe" (UV-act. 1.1 f.). Dr. med. L.____, Fachärztin für Radiologie FMH, Radiologie M.____, erwähnte am 6. Januar 2016 ein Verhebetauma, ohne den Unfallhergang näher zu beschreiben (UV-act. 6). Dr. D.____ und Dr. E.____ berichteten am 3. Februar 2016, der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit einen schweren Karton aus den Knien "heraus

gehoben". Es sei zu einer Kniegelenksdistorsion gekommen (UV-act. 20.1). Am 15. Februar 2016 gab der Beschwerdeführer auf einem Fragebogen der Beschwerdegegnerin an, er sei beim schwer Heben ausgerutscht. Er verneinte die Fragen, ob es sich dabei um eine übliche Tätigkeit gehandelt habe und ob er diese Tätigkeit unter den üblichen Umständen ausgeführt habe. Die Frage, ob irgendetwas Besonderes geschehen sei (Sturz, Zusammenstoss, Ausgleiten, etc.), beantwortete er mit "beim schwer Heben ausgerutscht" (UV-act. 4.1). Anlässlich eines Telefongesprächs vom 4. März 2016 schilderte der Beschwerdeführer sodann gegenüber der Beschwerdegegnerin, er sei in die Hocke gegangen und habe eine Kartonschachtel mit Brot (ca. 35kg) nach oben heben wollen. Er habe die Kiste in der Hocke ca. 20 bis 30cm in die Höhe gehoben und sei dabei ausgerutscht. Er habe sich bemüht, die Kiste wieder aufzufangen und sei auch nicht gestürzt. Seither habe er Schmerzen im rechten Knie und im Rücken (UV-act. 9). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, sind die Aussagen der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (act. G24, BGE 121 V 45 E. 2a). Vorliegend handelt es sich bei den ersten Beschreibungen des Ereignisablaufs jedoch um solche von Drittpersonen. Der Beschwerdeführer schilderte den Vorgang erstmals persönlich im Fragebogen vom 15. Februar 2016. Damals wie auch anlässlich des Telefongesprächs vom 4. März 2016 hatte er keine Kenntnis von der Leistungseinstellung oder der Verneinung des Unfallereignisses. Es ist damit nicht davon auszugehen, dass seine Antworten von versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt waren. Zudem finden sich in der Unfallmeldung und den ersten ärztlichen Berichten nur sehr vage Beschreibungen des Unfallablaufs. Es ist damit auf die detaillierten Ausführungen vom 4. März 2016 abzustellen, welche den vorherigen Darstellungen im Übrigen nicht widersprechen, sondern diese lediglich präzisieren. Sowohl anlässlich des Telefongesprächs als auch auf dem Fragebogen hatte der Beschwerdeführer ein Ausrutschen und ein schweres Heben erwähnt. Die Beschwerdegegnerin bringt vor, rein ablaufmässig könne ein Ausgleiten nicht nachvollzogen werden. Wenn die Kartonschachtel in der Hocke schon 20 bis 30cm angehoben gewesen sei, dann gebe es ein zusätzliches Gewicht, welches nach unten drücke, und ein Ausrutschen sei nicht möglich (act. G24). Entgegen dieser Ausführungen scheint jedoch ein Ausgleiten auch bei einer Krafteinwirkung nach unten aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung nicht ausgeschlossen zu sein.

3.3 Zu prüfen ist im Folgenden, ob mit dem sich aus Erwägung 3.2 ergebenden Sachverhalt das Unfallbegriffsmerkmal des ungewöhnlichen Faktors zu Recht als erfüllt erachtet wurde. Im Falle einer unkoordinierten Bewegung ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit zu bejahen, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor - Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt - ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1; Urteil des EVG vom 7. Oktober 2003, U 32/02, E. 2.2; RKUV 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4c und 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2 mit Hinweisen). Zu einer Programmwidrigkeit kommt es beispielsweise, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht (RKUV 2004 Nr. U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 Nr. U 333 S. 199 E. 3c/aa und Nr. U 345 S. 422 E. 2b, 1996 Nr. U 253 S. 204 E. 4d; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 40 mit Hinweisen;

MAURER, a.a.O., S. 176 f.). Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Das vorliegend vom Beschwerdeführer geschilderte Ausrutschen, ohne jedoch hinzufallen, ist grundsätzlich geeignet, zu einer unphysiologischen Belastung einzelner Muskeln oder Muskelgruppen zu führen. Sein natürlicher Bewegungsablauf (Aufheben der Kiste aus der Hocke) wurde dadurch "programmwidrig" beeinflusst, weshalb die Anerkennung eines Unfalls durch die Beschwerdegegnerin jedenfalls nicht zweifellos unrichtig war. 3.4 Es besteht damit kein Rückkommenstitel für die rechtskräftige Leistungsgewährung und die Frage nach einer reformatio in peius stellt sich entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht (vgl. act. G24).

E. 4

Der Beschwerdeführer beklagt über den 31. März bzw. den 31. Juli 2016 hinaus andauernde Beschwerden. Zu prüfen ist der Kausalzusammenhang zwischen diesen Beschwerden und dem Ereignis vom 18. Dezember 2015 sowie gestützt auf das Ergebnis das allfällige Andauern der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Diese hat die Leistungen zwar formell rückwirkend per 31. März 2016 eingestellt, aber unbestritten bis 31. Juli 2016 weiter Leistungen erbracht und diese nicht zurückgefordert (vgl. UV-act. 34.1 f., 42, act. G4, G4.1, G22). 4.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). 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 (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., 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 (BGE 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SRV 2000 UV Nr. 14 S. 45). 4.2 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungs begründende 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; LOCHER/ GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher bzw. bei psychischen Beschwerden adäquater Kausalzusammenhang gegeben ist (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 4) - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 . 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3).

4.3 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 Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf versicherungsinterne medizinische Beurteilungen (darunter fallen auch solche von Vertrauensärzten) zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

E. 5

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es lägen über den Einstellungszeitpunkt hinaus unfallkausale psychische Beschwerden vor (vgl. act. G17, G22). Die Beschwerdegegnerin hatte mit Schreiben vom 6. Juli 2016 den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 18. Dezember 2015 und den vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beschwerden von Grund auf verneint und das Gesuch um Kostengutsprache für die psychiatrische Behandlung bei Dr. H.____

abgewiesen (UV-act. 28 f.). Wie in Erwägung 2 erwähnt, hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Hat der Versicherungsträger formlos und nicht mittels Verfügung in ablehnendem Sinn entschieden, kann die betroffene Person innert einer einjährigen Frist den Erlass einer formellen Verfügung verlangen. Vorliegend hat sich der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 30. November 2017 erstmals sinngemäss gegen die formlose Mitteilung vom 6. Juli 2016 gewehrt (vgl. act. G17). Zu diesem Zeitpunkt war die ablehnende Mitteilung bereits in Rechtskraft erwachsen; sodass sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen. Dennoch ist am Rande mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass es sich vorliegend um einen banalen Unfall im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt und der adäquate Kausalzusammenhang damit ohne weiteres zu verneinen wäre (vgl. BGE 115 V 133, E. 6.a).

E. 6

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Januar 2017 stützt sich hinsichtlich der somatischen gesundheitlichen Situation vorwiegend auf die Beurteilung von Vertrauensarzt Dr. I. ___ vom 16. August 2016 (UV-act. 32.1 ff.). Der Beschwerdeführer spricht dieser die Beweiskraft ab und hält ihr Einschätzungen seiner behandelnden Ärzte entgegen (act. G1).

6.1 Der erstbehandelnde Dr. C. ___ diagnostizierte am 21. Dezember 2015 eine akute Lumbalgie (UV-act. 5). Wie Dr. G. ___ am 3. Mai 2016 ausführte, präziserte Dr. C. ___ seine Diagnose einer posttraumatischen Lumbalgie nicht und kernspintomographisch wurden keine Verletzungszeichen sichtbar. Sollte es beim Ereignis zu einer Zerrung der Streckmuskulatur gekommen sein, klinge eine solche üblicherweise nach zwei bis maximal vier Wochen ab. Sollte ein Haltungsverfäler vorliegen, könnte in Verbindung mit der kernspintomographisch beschriebenen Verengung des Wirbelkanals ein vorbestehendes Problem aktiviert worden sein (UV-act. 15.1 f., vgl. UV-act. 6). Dr. C. ___ hielt auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin jedoch am 27. Mai 2016 fest, bezüglich der Wirbelsäule bestehe eine normale Beweglichkeit in jeder Richtung, ein Haltungsverfäler liege nicht vor (UV-act. 23.1). Dr. G. ___ befand am 10. Juni 2016 nachvollziehbar, bezüglich der Wirbelsäule bestünden keine Restbeschwerden mehr (UV-act. 24.2). Auch Dr. I. ___ verwies in seiner Beurteilung vom 16. August 2016 auf den Bericht von Dr. C. ___ vom 27. Mai 2016, wonach die Rückenbeschwerden abgeheilt seien (UV-act. 32.2). Es ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass allfällige Rückenbeschwerden spätestens im Zeitpunkt der faktischen Leistungseinstellung per 31. Juli 2016 nicht mehr kausal auf das Ereignis vom 18. Dezember 2015 zurückzuführen waren.

6.2 Dr. C. ___ hielt in seinem Arzteugnis bezüglich der Erstkonsultation vom 21. Dezember 2015 keine Beschwerden im Knie links fest (vgl. UV-act. 5). Dr. D. ___ und Dr. E. ___ berichteten am 3. Februar 2016 über einen Status nach Kniegelenksdistorsion beidseits am 18. Dezember 2015. Der Beschwerdeführer habe nach dem Ereignis im Dezember initial vor allem über einschliessende Rückenschmerzen geklagt. In den letzten Wochen hätten sich aber vor allem Knieschmerzen rechts mehr als links gezeigt (UV-act. 20.1). Nachdem am 5. Februar 2016 ein MRI des linken Knies durchgeführt worden war (vgl. UV-act. 19.1), schlossen Dr. D. ___ und Dr. F. ___ am 8. Februar 2016 eine Meniskusschädigung des Knies links nach dem Trauma vom Dezember 2015 aus. Es lägen regelrechte Knorpelverhältnisse vor (UV-act. 21.1 f.). Am 9. Mai 2016 befanden die behandelnden Ärzte des KSSG sodann, bei medialem wiederholtem Meniskusschaden am Kniegelenk links handle es sich um keine Situation, die operativ verbessert werden könne. Der Beschwerdeführer brauche weiterhin

Physiotherapie und MTT. Sollten die Beschwerden in einem Monat nicht bessern, könnte eine intraartikuläre Steroidinfiltration links erfolgen (UV-act. 22.1 f.). Dr. I.____ hielt die Kniebeschwerden links für überwiegend wahrscheinlich unfallfremd. Er begründete dies überzeugend mit der MRI-Untersuchung vom 5. Februar 2016, welche keine unfallkausale Strukturschädigung gezeigt habe, und der Tatsache, dass die Kniebeschwerden links erstmals am 3. Februar 2016, mithin rund sieben Wochen nach dem Ereignis vom 18. Dezember 2015, aktenkundig erwähnt worden seien (UV-act. 32.1 ff.). Weder medizinische Fachpersonen noch der Beschwerdeführer selbst stellten diese Beurteilung in Frage. 6.3 Der Beschwerdeführer hat beim Ereignis vom 18. Dezember 2015 gemäss der unbestrittenen Einschätzung von Dr. I.____ eine Läsion des medialen Meniskus rechts erlitten (UV-act. 32.2). Uneinig sind sich die Parteien jedoch bezüglich des Kausalzusammenhangs zwischen den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch vorhandenen Kniebeschwerden rechts und dem Ereignis vom 18. Dezember 2015. 6.3.1 Beim Beschwerdeführer liegen diverse unfallfremde Gesundheitsschäden des rechten Knies vor. So bestand unbestritten eine leicht eingeklemmte und entzündlich veränderte Plica mediopatellaris rechts, weswegen am 16. Februar 2016 eine Resektion derselben durchgeführt wurde (UV-act. 7.1 ff.). Bei einem Plica-Syndrom bestehen Schmerzen bei Belastung durch Reizung der Plica, einer Membranfalte im Bereich des Knies, die aus der Embryonalentwicklung geblieben ist (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1427). Die Beschwerden im Zusammenhang mit der angeborenen Plica bzw. deren operativer Entfernung stehen damit nicht in kausalem Zusammenhang zum angeschuldigten Ereignis. Zudem besteht beim Beschwerdeführer eine definitionsgemäss unfallfremde Psoriasis (UV-act. 8.1). Im Rahmen dieser schubhaften chronisch-entzündlichen Hauterkrankung kann eine Beteiligung des Bewegungsapparates (Arthritis) auftreten (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1483 f.). Dr. G.____ hielt fest, die Psoriasis könne Gelenkentzündungen auslösen (UV-act. 15.1). Anlässlich der Operation vom 16. Februar 2016 zeigte sich retropatellar eine Knorpelschädigung in der Hauptbelastungszone bis Grad II. Die trochleare Gleitbahn zeigte eine Knorpelschädigung Grad I-II und im medialen Kompartiment kamen Knorpelerweichungen bis Schädigungen Grad I-II in den Hauptbelastungszonen zum Vorschein (UV-act. 7.1). Dr. G.____ befand, die Knorpelschäden seien überwiegend wahrscheinlich vorbestehend. Sie hätten bis dato keine Beschwerden verursachen müssen und seien im Rahmen der Operation per Zufall gesehen worden (UV-act. 15.1, 24.1). Auch Dr. I.____ erachtete die Schädigungen des Gelenkknorpels an der Patella, an der Trochlea und medial an Femur und Tibia überwiegend wahrscheinlich als degenerativen Vorzustand (UV-act. 32.2). Die weiteren aktenkundigen ärztlichen Berichte stellen diese Einschätzungen nicht in Frage. 6.3.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei ein Gelenkserguss am Knie rechts festgestellt worden. Dr. I.____ habe diesen weder erwähnt noch gewürdigt und die Ursache für den Gelenkserguss sei nicht abgeklärt worden (act. G1). Bezüglich des rechten Knies hatte Dr. med. N.____, Radiologie M.____ am 20. Juni 2016 ein MRI durchgeführt und beurteilt, es liege allenfalls ein leichter Gelenkserguss vor (vgl. UV-act. 27.1). Es trifft zu, dass ein Gelenkserguss sowohl traumatisch als auch degenerativ oder krankhaft bedingt sein kann (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 649). Ein solcher wurde jedoch erst rund sechs Monate nach dem angeschuldigten Ereignis bzw. vier Monate nach der Operation und lediglich vermutungsweise in leichter Ausprägung festgestellt. Längere Latenzzeiten stellen ein bedeutsames Indiz gegen die Unfallkausalität bzw. einen kausalen Zusammenhang zur erfolgten Operation dar (vgl. RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c). Zudem hatten die

behandelnden Ärzte des KSSG am 9. Mai 2016 noch befunden, es liege beidseits kein Gelenkerguss vor (vgl. UV-act. 22.1). Dr. C.____ führte am 13. Januar 2017 aus, er habe das Kniegelenk mehrfach punktiert und dabei Kortikosteroide infiltriert, worauf die Beschwerden jeweils für rund einen Monat gebessert hätten (UV-act. 44). Er äusserte sich jedoch nicht zur Ursache des Gelenkergusses. Sein Bericht vermag damit nichts zur Klärung der Frage der Unfallkausalität beizutragen. Lediglich aus der Tatsache, dass der Gelenkserguss nach dem Ereignis bzw. der dadurch nötig gewordenen Operation festgestellt wurde und der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben vorher keine Kniebeschwerden hatte, kann nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden. Das Argument erweist sich als untauglich, da die Formel "post hoc ergo propter hoc", nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb).

Angesichts des Gesagten ist der Umstand, dass der Gelenkserguss in der Beurteilung von Dr. I.____ nicht erwähnt wurde, kein Grund, dieser die Beweiskraft abzusprechen. 6.3.3

Dr. I.____ führte aus, nach einer arthroskopischen Teilmeniskektomie sei der Vorzustand in der Regel nach spätestens sechs Wochen erreicht. Der Status quo sine sei daher nach der Operation vom 16. Februar 2016, am 31. März 2016 erreicht gewesen. Weiter hielt er überzeugend fest, das Kontroll-MRI vom 20. Juni 2016 habe ausser den üblichen Vernarbungsvorgängen am operierten Meniskushinterhorn rechts keine weitere Meniskusläsion ergeben (UV-act. 32.1 ff.). Bereits Dr. G.____ hatte festgehalten, dass üblicherweise mit einem Abklingen der Beschwerden binnen drei bis sechs Wochen nach einer Innenmeniskus-Hinterhornresektion gerechnet werden könne (UV-act. 24.2). Auch der von der Beschwerdegegnerin angeführten Information des Orthozentrums in Cham/Zug ist zu entnehmen, dass die Arbeitsunfähigkeit nach einer arthroskopischen Kniegelenksoperation in einem sitzenden Beruf sieben bis zehn Tage, in einem körperlich belastenden Beruf drei bis fünf Wochen betrage (vgl. <https://www.orthozentrum.ch/de/Huefte-Knie/Kniespiegelung-Kniearthroskopie>, zuletzt abgerufen am 18. April 2019). Dr. G.____ hatte weiter auf die letzte Untersuchung des Beschwerdeführers am KSSG verwiesen (UV-act. 24.2). Der Beschwerdeführer hatte am 9. Mai 2016 gegenüber den behandelnden Ärzten des KSSG über eine deutliche Beschwerdeverbesserung am rechten Knie berichtet. Er gehe häufig und länger spazieren. Es bestünden noch Schmerzen beim Treppensteigen und die Muskulatur sei noch schwach. Die Ärzte befanden, beide Kniegelenke seien "seitlich und ap stabil". Es bestehe lediglich ein diffuser Druckschmerz ohne eigentlichen Druckschmerz an den Gelenkspalten links und rechts medial und lateral. Soweit bei der Schmerzüberlagerung beurteilbar, bestünden keine Meniskuszeichen beidseits (UV-act. 22.1). Das am 20. Juni 2016 durchgeführte MRI des Knies rechts ergab zudem keinen sicheren Anhalt für eine signifikante Restmeniskusläsion, keine relevanten Knorpel- oder Bandläsionen und kein Knochenödem (UV-act. 27.1). Dr. C.____ führte am 28. September 2016 aus, der Beschwerdeführer befinde sich nach wie vor wegen der Folgen des am 18. Dezember 2015 erlittenen Unfalls in seiner ärztlichen Behandlung. Es treffe für die meisten Patienten zu, dass der Status quo ante in der Regel nach spätestens sechs Wochen postoperativ wieder erreicht sei. Unbestritten sei aber, dass der Heilverlauf bei speziellen Situationen länger dauere (act. G1.11). Inwiefern beim Beschwerdeführer eine spezielle Situation vorliegen sollte, begründete er jedoch nicht. Auch am 28. Juli 2017 berichtete Dr. C.____ über eine persistierende Arthralgie posttraumatischer Natur, ohne jedoch darzulegen, weshalb die Kniebeschwerden auf das Ereignis vom 18. Dezember 2015 zurückgeführt werden sollten (vgl. act. 22.1). Vorliegend

hat die Beschwerdegegnerin bis zum 31. Juli 2016, mithin mehr als fünf Monate nach der Operation vom 16. Februar 2016, Leistungen erbracht. Sie hat damit den degenerativen Veränderungen und der angeborenen Plica mediopatellaris, welche allenfalls zu einer längeren Heilungsdauer als der regelhaften drei bis sechs Wochen führen können, genügend Rechnung getragen. Dies gilt selbst dann, wenn man von der in anderen Quellen teilweise erwähnten Heilungsdauer von bis zu drei Monaten nach Entfernung eines Teils des Meniskus ausginge (vgl.

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/behandlungen/kniegelenkspiegelung.html>, <https://www.schulthess-klinik.ch/de/kniechirurgie/knieoperation-wie-geht-es-danach-weiter>, beide zuletzt abgerufen am 18. April 2019). 6.3.4 Entsprechend der Beurteilung von Dr. I. ___

ist damit davon auszugehen, dass der Status quo sine vel ante bezüglich der Kniebeschwerden rechts spätestens im Zeitpunkt der faktischen Leistungseinstellung per 31. Juli 2016 erreicht war. Die Beschwerden waren nicht mehr auf das Ereignis vom 18. Dezember 2015, sondern auf degenerative Veränderungen sowie Heilungsvorgänge im Bereich der resezierten Plica mediopatellaris zurückzuführen oder standen allenfalls in Zusammenhang mit der Psoriasis (vgl. UV-act. 32.2). 6.4 Soweit der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Berichte des Schmerzzentrums des KSSG vom 3. Oktober und 13.

November 2017 (vgl. act. G22.4 f.) geltend macht, er leide unter nozizeptiven Schmerzen (act. G22), ist festzuhalten, dass solche entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers nicht zwingend auf Verletzungen zurückzuführen sein müssen. Auch Entzündungen können beispielsweise nozizeptive Schmerzen begründen (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1619, <http://polymedes.ch/schmerztypen/>,

<https://www.ratgeber-schmerzen.de/schmerzen/arten/nozizeptiver-schmerz/>, beide zuletzt abgerufen am 18. April 2019). Auch die diagnostizierte Chronifizierung spricht gerade nicht für eine Unfallkausalität und die behandelnden Ärzte des KSSG wiesen auch in keiner Weise auf eine solche hin. Trotz der Schmerzen war ein am 15. März 2017 durchgeführtes MRI altersentsprechend unauffällig und Dr. D. ___ und Dr. E. ___ erkannten keinen klaren Hinweis für die Ursache der Kniebeschwerden (act. G22.6). Auch die behandelnde Physiotherapeutin hatte festgehalten, sie könne die geltend gemachten Schmerzen keiner Struktur zuordnen (act. G22.3). Rein aus dem Vorliegen von nozizeptiven Schmerzen kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass die Beschwerden im relevanten Zeitpunkt auf das Ereignis vom 18. Dezember 2015 zurückzuführen gewesen wären. 6.5 Zusammenfassend ist auf die Beurteilung von Dr. I. ___ abzustellen. Ob es sich dabei wie vom

Beschwerdeführer vorgebracht um einen versicherungsinternen Bericht oder wie von der Beschwerdegegnerin vertreten um einen unabhängigen medizinischen Aktenbericht handelt (vgl. act. G22, G24), ist dabei nicht entscheidend. Dies zumal keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen. Per 31. März 2016 bzw. spätestens im Zeitpunkt der faktischen Leistungseinstellung per 31. Juli 2016 lagen damit überwiegend wahrscheinlich keine Beschwerden mehr vor, welche in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 18. Dezember 2015 standen. Damit fällt auch ein Anspruch auf andere vom Beschwerdeführer beantragte

Versicherungsleistungen (vgl. act. G22, Integritätsentschädigung etc.), über welche die Beschwerdegegnerin nicht verfügt hat und die damit nicht Streitgegenstand sein können, zum Vornherein ausser Betracht. Auf seinen diesbezüglichen Antrag ist nicht einzutreten. Weitere medizinische Abklärungen, insbesondere auch die vom Beschwerdeführer erwähnten rheumatologischen Untersuchungen (vgl. act. G22), erübrigen sich. Dr. G. ___ hatte ohnehin nur eine rheumatologische Überprüfung bezüglich einer Psoriasis-Arthritis

empfohlen (UV-act. 15.2).

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 7.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (vgl. BGE 125 V 201) mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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