

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/28 vom 19. April 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_28

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/28 du 19 avril 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/28 del 19 aprile 2021

Regeste

Art. 6 UVG: Ungenügende Aktenlage in Bezug auf die Beurteilung der Frage der Unfallkausalität einer objektivierten Meniskusschädigung. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. April 2021, UV 2020/28).

Volltext

Entscheid vom 19. April 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. UV 2020/28 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Heilbehandlung / Taggeldleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Maschinenbautechniker bei der B.____ GmbH angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 13. August 2018 liess er durch seine Arbeitgeberin melden, er sei am 2. August 2018 in den Ferien in C.____ mit dem Fahrrad gestürzt. Die Erstbehandlung habe bei Dr. med. D.____ in E.____ (C.____), stattgefunden. Ab dem 2. August 2018 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und am 13. August 2018 habe er die Arbeit wieder ganz aufgenommen (Suva-act. 1, vgl. auch Suva-act. 3). Am 15. August 2018 konsultierte der Versicherte seinen Hausarzt Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin, der in einer klinischen Untersuchung eine Druckdolenz im Bereich des rechten Kniegelenks erhob und den Verdacht auf eine Seitenband- sowie Meniskusläsion stellte (Suva-act. 14). Dr. F.____ überwies den Versicherten für eine MRI-Untersuchung des rechten Knies an die Radiologie G.____, Diagnosezentrum H.____ (nachfolgend: Radiologie G.____). Die Untersuchung fand am 16. August 2018 durch Dr. med. I.____, Fachärztin für Radiologie, statt, die in der Beurteilung ihres Untersuchungsberichts vom 17. August 2018 als Befunde Hinweise auf eine Zerrung des medialen Bandapparates, kleine Risse des medialen Meniskus, nicht disolziert, sowie einen begleitenden Kniegelenkserguss festhielt (Suva-act. 21). Ebenfalls auf Zuweisung von Dr. F.____ wurde der Versicherte sodann am 7. September 2018 durch Dr. med. J.____, Orthopädische Chirurgie FMH, untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 20. September 2018 hielt dieser fest, dass er die MRI-Bilder anders als die Radiologin beurteile. Er diagnostizierte einen Innenmeniskusschräggriss rechts mit Innenbandzerrung, eine Bone Bruise Tibiakopf rechts medial sowie einen Knorpelschaden laterales Tibiaplateau notchseitig. Die Radiologie G.____ bat er um eine nochmalige Befundung des MRI vom 16.

August 2018 (Suva-act. 13). Noch am Untersuchungstag nahm Dr. med. K.____, ebenfalls Facharzt für Radiologie der Radiologie G.____, diese Beurteilung vor und ergänzte die Befunde von Dr. I.____ (Suva-act. 23). Anlässlich einer Nachkontrolle vom 16. Oktober 2018 durch Dr. J.____ war der Versicherte fast vollständig beschwerdefrei; sein Gang war hinkfrei, es zeigten sich keine Meniskuszeichen und kein Erguss, die Bänder waren stabil, das rechte Knie voll beweglich und in Bauchlage bestand kein Rotationsschmerz. Dr. J.____ beurteilte den Verlauf als günstig, betrachtete eine Arthroskopie vorerst nicht als notwendig und vereinbarte mit dem Versicherten, er solle sich nach Bedarf melden (Suva-act. 20). In einem Fragebogen der Suva erklärte der Versicherte am 23. Januar 2019, dass die Behandlung bei Dr. J.____ nicht abgeschlossen sei. Am 31. Januar 2019 finde eine nächste Behandlung statt (Suva-act. 25). Dasselbe bestätigte er gegenüber der Suva am 25. Januar 2019 telefonisch (Suva-act. 24). Am 31. Januar 2019 notierte Dr. J.____ in der Krankengeschichte des Versicherten, dieser habe nach einer vorübergehenden Besserung wieder mehr Schmerzen im rechten Knie. Er wünsche eine Infiltration. Für eine Operation habe er keine Zeit. Als Befunde schrieb er eine Klopfdolenz am medialen Plateau, einen minimalen Erguss, ein positives Meniskuszeichen, einen negativen Lachmann und einen Bewegungsumfang von Flexion/Extension von 130/0/0° auf. Schliesslich wurde eine Infiltration Knie rechts mit Kenacort und Lidocain festgehalten (Suva-act. 30). Am 13. September 2019 führte Dr. J.____ beim Versicherten eine arthroskopische mediale Teilmeniskektomie rechts sowie eine Gelenktoilette mit partieller Synovektomie rechts durch (Suva-act. 33). Am 19. September 2019 informierte der Versicherte die Suva über die Operation, welche aufgrund der Befunde eines Kontroll-MRI vom 14. August 2019 (der Untersuchungsbericht liegt nicht bei den Akten) und nach einer nur vorübergehenden Besserung durch die Infiltration des rechten Knies vorgenommen worden sei. Seit der Operation bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 34). Am 20. September 2019 legte die Suva den Schadenfall ihrem Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, spez. Unfallchirurgie, vor, der gleichentags in einer Kurzbeurteilung festhielt, dass die Operation vom 13. September 2019 einzig auf einen Erkrankungsschaden des rechten Knies an Meniskus und Knorpel abgezielt habe und somit nicht vom Unfallversicherer, sondern vom Krankenversicherer zu übernehmen sei (Suva-act. 35). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. L.____, wies die Suva mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 ihre Leistungspflicht für die Knieoperation und eine weitere ärztliche Behandlung ab (Suva-act. 37). Gegen diese Verfügung wandte sich der Versicherte am 10. Oktober 2019 telefonisch (Suva-act. 43). Mit Schreiben vom 11. Oktober 2019 liess sich auch Dr. J.____ gegenüber der Suva zur verfügungsweisen Leistungsablehnung vernehmen (Suva-act. 44). Am 15. Oktober 2019 gab der Versicherte seine Einsprache zu Protokoll (Suva-act. 43). Nach Einholung einer ausführlichen ärztlichen Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. M.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie (Suva-act. 46), wies die Suva die Einsprache vom 15. Oktober 2019 mit Entscheid vom 18. März 2020 ab (Suva-act. 51). Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, Muolen, mit Eingabe vom 18. Mai 2020 Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen: 1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. März 2020 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die UVG-Leistungen, insbesondere die Heilbehandlung und das Taggeld während der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit, weiterhin zu gewähren. 2. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei eine fachmännische Abklärung direkt durch das Gericht in Auftrag zu geben, woraufhin neu zu entscheiden sei. 3. Unter Kosten- und

Entschädigungsfolge (act. G 1). In Ergänzung der Beschwerde vom 18. Mai 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 22. Mai 2020 eine Stellungnahme von Dr. J.____ vom 19. Mai 2020 ein (act. G 2, G 2.1). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2020 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Mit Replik vom 28. Oktober 2020 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen gemäss Beschwerdeeingabe fest (act. G 12) und reichte - bereits aktenkundige (vgl. Suva-act. 44) - Bilder der Arthroskopie vom 13. September 2019 ein (act. G 12.1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine umfassende Duplik und reichte am 9. Dezember 2020 eine kurze Stellungnahme ein. Am Antrag auf Beschwerdeabweisung hielt sie unverändert fest (act. G 14). Erwägungen Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (vgl. dazu Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 E. 3.1 ff. 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 63 ff. 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, 4. Aufl. 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 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, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 und 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 122 V 158 f. E. b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 357 f.). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse 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 N 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, N 130 zu Art. 61). 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. 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. 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, 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4, 4.6 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2). 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). Insbesondere die ärztliche Beurteilung von Dr. M.____ vom 18. November 2019 wurde in Kenntnis der Vorakten ("Aktenmässiger Verlauf") und nach Einsichtnahme in die MRI-Bilder vom 16. August 2018 und 14. August 2019 sowie in die intraoperativen Bilder der Arthroskopie vom 13. September 2019 vorgenommen (Suva-act. 46). Sie enthält ausführliche Erwägungen zur Kausalitätsfrage der Meniskusproblematik rechts. Vor diesem Hintergrund sprechen angesichts der obigen Darlegungen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilung von Dr. M.____. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion oder eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRI, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SRV 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Dr. I.____ hat laut Untersuchungsbericht vom 17. August 2018 in der am 16. August 2018 durchgeführten MRI-Untersuchung des rechten Knies im medialen Kompartiment eine "degenerative Veränderung" des medialen Meniskus mit multiplen filiformen Signalalterationen, schräg bis horizontal verlaufend, im Sinne von nicht dislozierten kleinen Rissen, keinen Korbhenkelriss, wenig Gelenkserguss im medialen Tibiaplateau sowie einen leicht verdickten und ödematösen, jedoch durchgängigen medialen Bandapparat erhoben. Im lateralen Kompartiment sah die Radiologin einen intakten Meniskus, einen altersentsprechenden femoro-tibialen Knorpelbelag und einen durchgängigen lateralen Bandapparat. Im zentralen Kompartiment erhob sie schliesslich eine degenerative Veränderung der Kreuzbänder, diese seien jedoch durchgängig, einen retropatellären Knorpelbelag, einen Extensorenapparat ohne pathologischen Befund sowie wenig

Kniegelenkserguss. In der Beurteilung führte die Radiologin Hinweise auf eine Zerrung des medialen Bandapparates, kleine Risse des medialen Meniskus, nicht disloziert, sowie einen begleitenden Kniegelenkserguss auf (Suva-act. 21). Dr. K.____ sah laut Zusatzbefund vom 13. September 2018 in den MRI-Bildern einen lappenförmigen Schrägriss des Innenmeniskus posterior am Übergang des Korpus zum Hinterhorn mit radiärer Einstrahlung in den freien inneren Rand; angrenzend ein leichtes subchondrales Knochenödem entlang des medialen Tibiaplateau-Randes (DD: Bone bruise, reaktives Knochenödem im Rahmen der Meniskopathie); in einer queren Ausdehnung von 1.1 cm eine Chondropathie Grad 2-3 dorso-zentral an der Belastungszone des lateralen Tibiaplateaus; eine myxoide Binnendegeneration beider Kreuzbänder; einen leichten reaktiven Reizzustand des rechten Kniegelenks mit Reizsynovialitis an der Hoffa-Spitze sowie auch an der Oberfläche der medio-patellären Plica begleitet von wenig Gelenkerguss anterior in der Notch und suprapatellär (Suva-act. 23). Im Bericht über die Operation vom 13. September 2019 hielt Dr. J.____ fest, die Patella im Recessus zeige in der Arthroskopie einen glatten Knorpelbelag. Auch das Gleitlager habe einen schönen Knorpelbelag. Im oberen Recessus sei eine deutliche Synovitis. Lose herumschwimmende freie Gelenkkörper (Knorpelteile) würden entfernt. Eine partielle Synovektomie mit Inzision der Plica mediopatellaris werde durchgeführt. Im Zentralpfeiler seien das VKB und HKB kräftig und die Plica segelförmig. Diese werde belassen. Der Knorpel des lateralen Kompartiments sei altersentsprechend. Insbesondere zeige sich arthroskopisch die im MRI beschriebene Knorpelläsion in keiner Art und Weise. Der Knorpel sei unverletzt, glatt und von guter Konsistenz. Der Meniskus sei intakt. Im medialen Kompartiment zeige sich ein Riss des Innenmeniskus im Hinterhornbereich. Der Knorpel sei medial altersentsprechend noch gut erhalten (Suva-act. 33). Als unfallkausaler Gesundheitsschaden steht neben der unbestrittenen Innenbandzerrung die sowohl von Dr. I.____ und Dr. K.____ in den MRI-Bildern als auch von Dr. J.____ in der Arthroskopie gesehene Veränderung des Innenmeniskus des rechten Kniegelenks zur Diskussion. Während eine Unfallkausalität der Meniskusschädigung von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. M.____ vom 18. November 2019 (Suva-act. 46) verneint und damit insbesondere eine Leistungspflicht hinsichtlich der Knieoperation vom 13. September 2019 abgelehnt wird, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vornehmlich gestützt auf die Stellungnahme von Dr. J.____ vom 19. Mai 2020 (act. G 2.1) den gegenteiligen Standpunkt. Meniskuläsionen können als Folge eines Traumas auftreten, indem die Menisken bei akuten schweren Knieverletzungen ein- oder abreißen. Hinsichtlich Meniskuläsionen gilt es aber auch zu beachten, dass die Kniegelenksmenisken zur Degeneration neigen. Zudem sind sie starker mechanischer Beanspruchung ausgesetzt. Entsprechend wird der Meniskusriss in der medizinischen Literatur im Regelfall als degenerative bzw. chronische Schädigung beschrieben (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1056 f.; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1146; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1204, 1852; Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018, S. 344 f.). Nachfolgend ist mithin zu entscheiden, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem traumatisch oder von einem degenerativ bedingten Meniskusriss auszugehen ist. Der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall würde für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung eine bedeutsame Beweisgrundlage darstellen (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober

2009, 8C_216/2009, E. 2). Im konkreten Fall liegen indes keine vor dem Unfall erstellten radiologischen Bilder vor, weshalb diesbezügliche Erkenntnisse fehlen. Die Veränderungen des medialen Meniskus rechts wurden bereits im Rahmen der MRI-Untersuchung vom 16. August 2018, also unfallnah, erhoben (Suva-act. 21). Damit ist an sich nicht ausgeschlossen, dass sich der Beschwerdeführer die am 13. September 2019 operierte Meniskusschädigung beim Unfall vom 2. August 2018 zugezogen hat. Sowohl Dr. I.____, Dr. K.____ und Dr. M.____ als auch Dr. J.____ sprechen von einem Riss, von Einrissen bzw. von einer Läsion. Diese Ausdrücke allein sprechen jedoch weder deutlich für eine traumatische noch für eine degenerative Verursachung der Meniskusschädigung. Mit dem alleinigen Vorliegen von Rissen, Einrissen oder Läsionen ist nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Unfallkausalität oder die degenerative Verursachung eines Risses, Einrisses oder einer Läsion ausgewiesen (Debrunner, a.a.O., S. 412, 628, 724 f. 728 ff.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576, 1646). Es bleibt also immer noch zu entscheiden, von welcher Kausalität der Meniskusschädigung des Beschwerdeführers auszugehen ist. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, kann anhand der Beurteilung von Dr. M.____ vom 18. November 2019 (Suva-act. 46) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten, dass die Meniskusschädigung des Beschwerdeführers nicht durch den Unfall vom 2. August 2018 verursacht wurde. Dr. M.____ weist zwar zutreffend darauf hin, dass Dr. I.____ (Suva-act. 21) die sich am Innenmeniskus befindenden Veränderungen als verschleissbedingte kleine Rissbildungen und Fibrillationen beurteilte. Sie spricht explizit von einer degenerativen Veränderung des medialen Meniskus. Würden die vorgenannten Veränderungen tatsächlich vorliegen, wären in ihnen Stadien bzw. Zeichen einer Meniskusdegeneration zu sehen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 123 f., 725). Eine radiologische Untersuchung sowie eine Arthroskopie liefern MRI- und Arthroskopiebilder, welche zwar grundsätzlich Fakten zeigen, doch müssen diese vom Mediziner eingeordnet und beurteilt werden. Diese Expertise enthält eine subjektive, d.h. persönliche, Komponente, was bei verschiedenen Medizinerinnen zu unterschiedlichen Beurteilungen und letztlich voneinander abweichenden Befunden und Diagnosen führen kann. Auch kann die Expertise ergeben, dass die Zuordnung der Fakten unterschiedlich erfolgt. So beurteilt Dr. J.____, wie von Dr. M.____ ebenfalls richtig erwähnt, die sich im Hinterhorn des Innenmeniskus darstellenden Veränderungen, anders als Dr. I.____, als Innenmeniskus-Schrägriß. Eine unterschiedliche Befundsituation von MRI und Arthroskopie kann damit erklärt werden, dass die Arthroskopie gegenüber dem MRI durch direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (Pschyrembel, a.a.O., S. 153 f.; Debrunner, a.a.O., S. 247 f., 725 f., 1036 f.). Dem von Dr. J.____ in der Arthroskopie erhobenen Befund könnte demnach ein höherer Beweiswert beigemessen werden als demjenigen von Dr. I.____, der auf MRI-Bildern basiert (vgl. Erwägungen 2.2.1 und 2.2.3). Dr. J.____ hatte jedoch laut seinem Bericht vom 20. September 2018 (Suva-act. 13) bereits die MRI-Bilder vom 16. August 2018 anders als Dr. I.____ beurteilt. Seine Feststellung, aus seiner Sicht bestehe ein Meniskusriss medial, ist hier offensichtlich als traumatischer Riss, im Gegensatz zu einer (blossen) Auffaserung und Fibrillation, zu verstehen. Dr. M.____ nennt weiter auch den Befund von Dr. K.____ (Suva-act. 23), der - wie Dr. J.____ - von einem lappenförmigen Schrägriß des Innenmeniskus spricht, worauf dieser in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2020 auch verweist (vgl. act. G 2.1). Auf diese Übereinstimmung nimmt Dr. M.____ gar keinen Bezug. Er nahm jedoch auch selbst Einsicht in die kernspintomographischen sowie

die intraoperativen Bilder vom 16. August 2018 bzw. 13. September 2019. In den kernspintomographischen Bildern beurteilte er die lineare Signalerhöhung im Innenmeniskushinterhorn als Zeichen einer mukoiden Degeneration mit Ausläufern bis in den tibialen Unterrand des Innenmeniskus und instabiler Rissbildung und damit übereinstimmend mit Dr. I. ___ als Verschleisserscheinung des Innenmeniskus ohne Zeichen einer Traumatisierung. Bei den intraoperativen Bildern bezeichnete er insbesondere das Bild 4 als ausschlaggebend für die Beurteilung des Meniskusschadens. Die Übersicht über den gesamten Meniskus zeige keine Hinweise auf eine akut traumatische Schädigung des Innenmeniskus mit scharfkantigen Läsionen oder gar einem radiären Einriss. Randständig fänden sich leichte Auffaserungen und eine randständige Aufwulzung des Innenmeniskus-Gewebes in der Pars intermedia. Insofern entspreche das intraoperative Bild des Meniskus exakt der kernspintomographischen Darstellung einer flächigen verschleissbedingten Schädigung an der Unterseite des Innenmeniskus. Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass sowohl hinsichtlich der kernspintomographischen als auch der arthroskopischen Bilder zwei voneinander abweichende Beurteilungen vorliegen. Wie in Erwägung 2.1 dargelegt, kommt im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung der Auswertung der radiologischen und arthroskopischen Bilder die zentrale Bedeutung zu. Aufgrund der dargelegten unterschiedlichen Faktenzuordnungen von Dr. I. ___, Dr. K. ___, Dr. J. ___ und Dr. M. ___ allein erschliesst sich jedoch dem Gericht gerade nicht, ob die Beurteilung von Dr. M. ___ dem überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt entspricht. Die Prüfung der Kausalität findet häufig anhand verschiedener zusätzlicher Beurteilungskriterien statt. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen jedoch auch diese keine hinreichende Klarheit zu schaffen. Einen degenerativ und nicht traumatisch bedingten Meniskusschaden begründet Dr. M. ___ insbesondere auch mit einer O-Bein-Fehlstellung beim Beschwerdeführer als prädisponierendem Faktor für eine Entwicklung von Knorpel- und Meniskusschäden. Laut medizinischer Literatur ist die Beanspruchung des Gelenkknorpels bei O-Beinen im medialen Gelenkspalt übermässig gross. Eine Varusfehlstellung kann somit zu Degenerationen führen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 612 f., 616, 618, 1069 f.; Psyhyrembel, a.a.O., S. 329 "Chondropathia patellae", 655; Roche Lexikon, a.a.O., S. 134; Leitlinien der Orthopädie, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. 2002, S. 53, 141). Das Beurteilungskriterium der Achsenfehlstellung ist jedoch, wie beispielsweise auch dasjenige der Epidemiologie, lediglich ein Beurteilungskriterium, welches Entwicklungen im Allgemeinen beschreiben, und damit nicht - wie die Beurteilungskriterien Unfallhergang, initiale Beschwerdesymptomatik, Diagnosen, Befunde, radiologische Untersuchungsergebnisse sowie zeitlicher Ablauf - sich mit dem konkreten Fall befassen. Sprechen einzelfallbezogene Beurteilungskriterien massgebend für eine traumatische Genese, kann im Einzelfall durchaus auch bei einer Achsenfehlstellung eine traumatische Läsion vorkommen. Laut Untersuchungsbericht von Dr. J. ___ vom 20. September 2018 ist die Varusfehlstellung im Kniegelenk des Beschwerdeführers nur leicht ausgeprägt (Suva-act. 13). Allein aufgrund dieses von Dr. M. ___ angeführten Beurteilungskriteriums kann mithin eine traumatische Meniskusläsion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Weitere Ausführungen zur Kausalität bzw. weitere relevante Indizien, anhand derer beurteilt werden könnte, welche Kausalität - eine traumatische oder eine degenerative - wahrscheinlicher erscheint, sind der ärztlichen Beurteilung von Dr. M. ___ nicht zu entnehmen. Hingegen nimmt Dr. J. ___ in

seinem Schreiben vom 11. Oktober 2019 (Suva-act. 44) und in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2020 (act. G 2.1) schlüssig und überzeugend auf die Gesamtsituation des rechten Kniegelenks Bezug. Weist ein Gelenk umfassende, unstrittig degenerative Veränderungen auf, sind diese häufig auch miteinander verbunden und stellen insofern gegenseitige Begleitpathologien dar (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 579 ff., S. 724 ff.). Damit ist zu prüfen, weshalb eine bestimmte strukturelle Veränderung losgelöst von den übrigen degenerativen Veränderungen als unfallbedingt zu betrachten ist. Grundsätzlich wären in der von Dr. K.____ in den MRI-Bildern vom 16. August 2018 erhobenen Chondropathie Grad 2-3 dorso-zentral an der Belastungszone des lateralen Tibiaplateaus sowie der myxoiden Binnendegeneration beider Kreuzbänder (Suva-act. 23; vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 124, 582, 1048 f., 1067; Pschyrembel, a.a.O., S. 329; Roche Lexikon, a.a.O., S. 326) weitere degenerative Veränderungen zu sehen, welche zusammen mit der Meniskusschädigung im medialen Kompartiment eine umfassende degenerative Situation darstellen würden. In seinem Schreiben vom 11. Oktober 2019 hielt Dr. J.____ allerdings fest, dass man bei der Arthroskopie im ganzen Gelenk keinerlei Degeneration gesehen habe. Alle Knorpelflächen seien glatt, prall elastisch und ohne degenerative Fibrillationen gewesen (Suva-act. 44). In seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2020 wiederholte Dr. J.____, dass sowohl die Kniescheibe wie auch das Gleitlager für die Kniescheibe einen schönen Knorpelbelag ohne Abnützung oder Degeneration gezeigt hätten. Auch im lateralen Kompartiment habe sich ein altersentsprechend gesunder Knorpel ohne jegliche Knorpelabnützung dargestellt. Insbesondere sei in der Arthroskopie die im MRI beschriebene Knorpelläsion in keiner Art und Weise zu sehen gewesen. Der Knorpel sei unverletzt, glatt und von guter Konsistenz gewesen, ohne Abnutzungszeichen oder Degeneration. Nur der Innenmeniskus habe einen Riss im Hinterhorn gezeigt, die Randleiste habe hingegen keine Degeneration, keine Cholesterineinlagerung oder sonstige Abnutzungserscheinungen gezeigt. Auch der Knorpel sei im inneren (medialen) Kompartiment altersentsprechend unverletzt und glatt gewesen. Zusammenfassend könne sich arthroskopisch keine Abnützung/Degeneration bestätigen lassen (vgl. dazu den Operationsbericht vom 13. September 2019, Suva-act. 33; vgl. Erwägung 2.2.3). Dr. J.____ bezeichnet es schliesslich als unglücklich, dass Dr. I.____ im MRI-Untersuchungsbericht vom 17. August 2018 beim Innenmeniskus, aber auch bei den Kreuzbändern degenerative Veränderungen beschreibe. Er fügt zutreffend an, dass Dr. K.____ im Zusatzbefund vom 7. September 2018 intakte Kreuzbänder beschreibe (vgl. Suva-act. 23). Angesichts der dargelegten Sachlage sowie des bereits erwähnten Umstandes, dass die Arthroskopie gegenüber dem MRI eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (vgl. Erwägung 3.3.1), wäre also in der Gesamtsituation des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers weniger ein Indiz gegen eine traumatische als gegen eine degenerative Genese des Meniskusrisses zu sehen. Allerdings sah Dr. K.____ gemäss Zusatzbefund vom 7. September 2018 in den MRI-Bildern vom 16. August 2018 im Femoro-Patellargelenk einen reaktiven Reizzustand mit Reizsynovialitis an der Hoffa-Spitze sowie auch an der Oberfläche der medio-patellären Plica (Suva-act. 23). Dr. J.____ führte sodann in der Arthroskopie vom 13. September 2019 auch eine partielle Synovektomie mit Inzision der Plica mediopatellaris durch und nannte unter anderem freie Gelenkskörper in der Beschreibung des Operationsverlaufs (Suva-act. 33), also nicht nur - wie von Dr. M.____ beschrieben - im Vorspann des Operationsberichts vom 17. Dezember 2018 als Diagnose. Die vorgenannten Befunde werden in der medizinischen Literatur insbesondere auch als krankhaft bzw. degenerativ beschrieben werden (Debrunner, a.a.O., S. 492; Pschyrembel, a.a.O., S. 650, 1764 f.; Roche Lexikon, a.a.O., S. 688, 1792 f.). Vor

diesem Hintergrund erscheint die Schlussfolgerung von Dr. J.____ in der Stellungnahme vom 19. Mai 2020 (act. G 2.1) zumindest teilweise wieder in Frage gestellt. Weder von Dr. M.____ noch von Dr. J.____ diskutiert wurde sodann der im Rahmen einer Kausalitätsbeurteilung grundsätzlich ein massgebendes Beurteilungskriterium bildende Unfallmechanismus. So führt nicht jeder Unfall bzw. Unfallmechanismus zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden strukturellen Verletzung, dass anhaltende Beschwerden auftreten oder eine operative Behandlung notwendig wird. Insbesondere für Meniskusläsionen wird in der medizinischen Literatur ein konkreter Bewegungsmechanismus - eine Distorsion oder ein Rotationstrauma (Verletzung durch Drehbewegung) - gefordert, der geeignet ist, eine solche Verletzung hervorzurufen (Debrunner, a.a.O., S. 1057; Pschyrembel, a.a.O., S. 1146; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1146; Leitlinie der Orthopädie, a.a.O., S. 141; S2k Leitlinie Meniskuserkrankung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie [DGOU], abrufbar unter <https://gelenkzentrum-rheinmain.de/app/uploads/2017/08/Allgemeine-Leitlinie-Meniskus.pdf>, abgerufen am 22. März 2021). Laut Dr. M.____ ist bei dem vom Beschwerdeführer geschilderten Unfallereignis u.a. von einer Distorsionsverletzung auszugehen (Suva-act. 46). Zudem erlitt der Beschwerdeführer beim Sturz vom Fahrrad am 2. August 2018 unbestrittenermassen eine Seitenbandläsion bzw. eine Zerrung des medialen Bandapparates (Suva-act. 14, 21, 46). Angesichts dessen, dass für eine Bandläsion derselbe Unfallmechanismus typisch ist wie für eine Meniskusschädigung (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 636, 1097; Pschyrembel, a.a.O., S. 951) und die Seitenbandläsion zudem ebenfalls im medialen Kompartiment erhoben wurde, ist ein weiteres Indiz für eine traumatische Genese der Meniskusschädigung gegeben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus den vorliegenden, sich teilweise widersprechenden ärztlichen Beurteilungen nicht hinreichend klar wird, ob eine unfallkausale oder eine unfallfremde Genese hinsichtlich der Schädigung des Innenmeniskus rechts vorliegt. Insbesondere die Auswertungen bzw. Befunderhebungen anhand der kernspintomographischen und arthroskopischen Bilder sind widersprüchlich. Doch auch die Auswertung letzterer durch Dr. J.____ sowie seine diesbezügliche Schlussfolgerung lassen Fragen offen. Dem Gericht ist es jedenfalls insbesondere gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Dr. M.____ vom 18. November 2019 (Suva-act. 46) sowie die Stellungnahme von Dr. J.____ vom 19. Mai 2020 (act. G 2.1) und dessen Operationsbericht vom 17. Dezember 2018 (Suva-act. 33) nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die auf dem MRI und den intraoperativen Bildern ersichtliche Schädigung des Innenmeniskus Folge des Unfalls vom 2. August 2018 ist oder einen degenerativen Vorzustand darstellt. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich der Unfallkausalität verpflichtet gewesen. Nachdem - wie gesagt - geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben. Da bislang noch kein Administrativgutachten erstattet wurde, besteht kein Anlass für das vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte Gerichtsgutachten. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer externen fachmedizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 18. Mai 2020 unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. März 2020 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Verfassung). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Parteientschädigung für die Kosten der Vertretung und Prozessführung (Art. 61 lit. g ATSG). 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 eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 18. März 2020 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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