

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/15 vom 25. Februar 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2021\\_15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2021_15)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/15 du 25 février 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2021/15 del 25 febbraio 2022

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Die Beschwerdegegnerin hat ihre Versicherungsleistungen zu Unrecht per 27. April 2020 eingestellt. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Februar 2022, UV 2021/15).

## **Volltext**

Entscheid vom 25. Februar 2022 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2021/15 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Diane Günthart, Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.\_\_\_\_ AG als Z.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als er am 2. Juni 2019 auf nassem Boden ausrutschte (vgl. Suva-act. 1). Am 17. Juni 2019 begab sich der Versicherte wegen seit dem 2. Juni 2019 bestehender und zunehmender Kniebeschwerden in ärztliche Behandlung in die Arztpraxis C.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 15). Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 18. Juni 2019 meldete die Arbeitgeberin des Versicherten der Suva das Ereignis vom 2. Juni 2019 (Suva-act. 1). Eine MRT-Untersuchung vom 5. Juli 2019 zeigte einen komplexen Riss des medialen Meniskus mit horizontaler und longitudinaler Komponente sowie Extrusion der Pars intermedia. Weiter kamen eine Dislokation eines Lappenfragmentes der Pars intermedia nach distal, ein diskretes Knochenmarksödem im lateralen Tibiaplateau sowie ein grossvolumiger Kniegelenkserguss zur Darstellung (Suva-act. 11). Am 15. Juli 2019 wurde der Versicherte in der chirurgischen Klinik/Orthopädie des Spitals D.\_\_\_\_ vorstellig. Im dazu ergangenen Untersuchungsbericht vom 22. August 2019 hielt der behandelnde Arzt in der Anamnese fest, der Versicherte habe davon berichtet, bei einem vorher asymptomatischen Kniegelenk am 2. Juli (recte: 2. Juni) 2019 einen Sturz mit Knacken im medialen Kniegelenk erlitten zu haben. Seither bestünden belastungsabhängige Schmerzen und auch Nachtschmerzen. Der Versicherte sei auf Schmerzmittel angewiesen. Weiter wurde im Bericht ausgeführt, dass sich der Meniskustest für den Innenmeniskus eindeutig positiv gezeigt habe. Der Versicherte habe sich eine mediale Komplexläsion des Meniskus zugezogen. Die retropatellare Chondropathie sei klinisch nicht relevant und asymptomatisch. Die Optionen der konservativen und operativen Therapie seien erörtert worden. Bei einer operativen Therapie müsste aufgrund der ausgedehnten Läsion ein Grossteil des Meniskus entfernt werden. Daher sei ein konservativer Therapieversuch mit Physiotherapie und Kortisoninfiltration gestartet worden (Suva-act. 9). Im Bericht vom 27. September 2019

über die nach drei verabreichten Kniegelenksinfiltrationen durchgeführte Verlaufskontrolle vom 24. September 2019 gaben die behandelnden Ärzte der chirurgischen Klinik/Orthopädie des Spitals D.\_\_\_\_ an, dass der Versicherte über einen guten, anhaltenden Infiltrationseffekt berichtet habe. Im Alltag bestünden keine Schmerzen mehr. Auch die Beweglichkeit sei besser geworden, jedoch bemerke er noch eine störende Schwellung in der Kniekehle, weshalb Knien nicht komplett möglich sei. Mit der verordneten Physiotherapie habe er ca. zwei Wochen zuvor aufgehört, mache aber die Übungen zu Hause weiter. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe aktuell nicht. Bei bisher gutem Verlauf der konservativen Therapie empfahlen die Ärzte die Fortführung der Physiotherapie und gaben dem Versicherten eine entsprechende Verordnung mit. Eine erneute Infiltrationstherapie hielten sie frühestens in drei bis sechs Monaten für angezeigt, wobei im Falle einer Änderung der Beschwerdesymptomatik über eine vorgezogene Infiltration oder auch ein arthroskopisches Vorgehen zu diskutieren sei (vgl. Suva-act. 3). Im Bericht vom 7. November 2019 über die Verlaufsuntersuchung vom 5. November 2019 schilderte der behandelnde Arzt des Spitals D.\_\_\_\_ einen weiterhin guten Verlauf der konservativen Therapie. Der Versicherte werde diesen Winter mit Skifahren beginnen. Anamnestisch bestünden im Alltag keine Schmerzen mehr. Lediglich bei längerem Wandern werde noch ein leichtes Ziehen medial und lateral gespürt. Sollte es zu erneuten Schmerzen kommen, sei eine Wiederholung der Infiltrationstherapie sowie die Wiederaufnahme der Physiotherapie möglich. Abhängig vom klinischen Aspekt sollte dann auch über ein arthroskopisches Vorgehen diskutiert werden (Suva-act. 8). Im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ zu einer Sprechstunde vom 22. April 2020 hielt der behandelnde Arzt fest, dass der Versicherte nach einer im Jahr zuvor erlittenen Distorsion des linken Kniegelenks über anhaltende Schmerzen vor allem mediallyseitig klage. Mittels konservativer Therapie sei es bis Dezember 2019 primär gut gegangen. Seit Januar 2020 bestünden permanente Beschwerden. Die MRT-Untersuchung vom Herbst 2019 habe eine komplexe Läsion des Innenmeniskus links mit lappenförmigem Ausriss bei ansonsten intakter Struktur lateral bei unauffälligen Knorpelverhältnissen und unauffälligen Kreuzbändern gezeigt. Aufgrund der anhaltenden Schmerzen und der ausgereizten konservativen Massnahmen bestehe die Indikation zur Kniearthroskopie (Suva-act. 7). Gleichentags informierte der Versicherte die Suva telefonisch darüber, dass er sich am 27. April 2020 im Spital D.\_\_\_\_ einer Operation unterziehen müsse. Die Suva erklärte, dass sie aktuell noch keine Kostengutsprache erteilen könne, da ihr diverse Unterlagen noch nicht vorlägen (vgl. Suva-act. 6). Das entsprechende Kostengutsprachegesuch des Spitals D.\_\_\_\_ ging bei der Suva am 27. April 2020 ein (Suva-act. 12). Gleichentags wurde beim Versicherten eine Kniearthroskopie links mit Mikrofrakturierung femoral und Teilmenisektomie medial durchgeführt (Suva-act. 14). Am darauffolgenden Tag konnte der Versicherte in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen, reizlosen Wundverhältnissen bereits aus dem Spital nach Hause entlassen werden (vgl. Suva-act. 18). In einer telefonischen Besprechung vom 7. Mai 2020 schilderte der Versicherte der Suva den Unfallhergang sowie den Heilungsverlauf aus seiner Sicht (vgl. Suva-act. 19). In einer kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 29. Mai 2020 kam Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zum Schluss, dass der Unfall vom 2. Juni 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen, objektivierbaren Läsionen geführt habe. Die operierten Schäden seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Es sei anzunehmen, dass eine vorbestehende Gonarthrose mit degenerativem Meniskusschaden durch das Ereignis vom 2. Juni 2019 symptomatisch bzw. aktiviert worden sei. Die Unfallfolgen würden jedoch ca.

sechs Monate nach dem Ereignis für das Beschwerdebild keine Rolle mehr spielen (Suva-act. 20). Mit Schreiben vom 2. Juni 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit Verweis auf die kreisärztliche Beurteilung mit, dass sie für die Operation vom 27. April 2020 keine Kostengutsprache erteilen und ab diesem Datum keine weiteren Versicherungsleistungen (Heilkosten und Taggeld) mehr ausrichten werde (Suva-act. 22). In einem Telefonat vom 4. Juni 2020 brachte der Versicherte gegenüber der Suva zum Ausdruck, mit der Einstellung der Versicherungsleistungen nicht einverstanden zu sein. Die Suva habe das Ereignis vom 2. Juni 2019 als Unfall anerkannt und Leistungen erbracht. Nachdem es zur Operation gekommen sei, wolle sie plötzlich nicht mehr zahlen. Dies verstehe er nicht. Die Suva stellte dem Versicherten die Einholung einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung und für den Fall, dass sie auch danach am bisherigen Entscheid festhalten müsse, die Zustellung einer einsprachefähigen Verfügung in Aussicht (vgl. Suva-act. 24). Nachdem die Suva die intraoperativen Videoprints eingeholt hatte (vgl. Suva-act. 25 und 31), legte sie die Akten Dr. E. \_\_\_ am 23. Juni 2020 zur erneuten Beurteilung vor (vgl. Suva-act. 32). In einer Aktenbeurteilung vom 28. Juli 2020 hielt dieser an seiner Einschätzung, wonach das Unfallereignis vom 2. Juni 2019 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens geführt habe, jedoch sechs Monate nach dem Ereignis keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, fest. Den Zeitpunkt, in dem ein Zustand bestand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, datierte Dr. E. \_\_\_ einerseits auf den 5. November 2019 (Datum einer Sprechstunde im Spital D. \_\_\_) und andererseits auf Ende Dezember 2019 (vgl. Suva-act. 33). Mit Verfügung vom 29. Juli 2020 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen per 27. April 2020 ein und lehnte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass der Zustand, wie er sich ohne Unfall ereignet hätte, gemäss der kreisärztlichen Beurteilung per 5. November 2019 erreicht gewesen sei bzw. die Unfallfolgen sechs Monate nach dem Ereignis abgeheilt gewesen seien (vgl. Suva-act. 34). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch die Helsana Rechtsschutz AG, am 13. August 2020 Einsprache (vgl. Suva-act. 40). Zusammen mit einer ergänzenden Einsprachebegründung vom 8. September 2020 reichte er eine Beurteilung eines Vertrauensarztes der Helsana, [...] Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, FMH Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vom 25. August 2020 ein und stellte sich auf den Standpunkt, dass Dr. F. \_\_\_ zwar ebenfalls diverse degenerative Schäden bestätigt habe, jedoch im Zusammenhang mit dem ausgestanzten Knorpeldefekt am femoralen Kondylus zu einer anderen Beurteilung gekommen sei. Für Dr. F. \_\_\_ sei entscheidend gewesen, ob der operierende Arzt zunächst alle Zotten debridiert habe und der Knorpeldefekt erst dann zum Vorschein gekommen sei oder ob es sich beim Defekt um einen Nativzustand handle. Dr. F. \_\_\_ sei der Auffassung, dass der auf den intraoperativen Bildern dargestellte Knorpeldefekt ganz klar traumatisch wäre, falls es sich dabei um einen Nativzustand gehandelt habe. Wie der operierende Arzt in einer E-Mail vom 26. August 2020 bestätigt habe, handle es sich beim Knorpelschaden um einen nativen Befund (vgl. Suva-act. 43). Auf Nachfrage der Suva erklärte Dr. E. \_\_\_ am 9. September 2020 mit einem kurzen "Ja", dass trotz des Einwandes des Versicherten weiterhin an der kreisärztlichen Beurteilung vom 28. Juli 2020 festgehalten werden könne (vgl. Suva-act. 44). In einer kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2021 kam Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, unter Berücksichtigung der mit der Einsprache eingereichten ärztlichen Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ zum Schluss, dass die Folgen des Unfalls vom 2. Juni 2019 als am 5. November 2019 abgeheilt bezeichnet werden könnten. Der im April 2020 operierte

Schaden sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Zur Beurteilung von Dr. F. \_\_\_ bzw. den Einwänden des Versicherten führte er unter anderem aus, dass auf der intraoperativen Aufnahme der Serie 1, Bild 3, der Defekt im Bereich der Femurkondyle zur Darstellung komme. Man erkenne im Hintergrund dieser Aufnahme aber bereits den resezierten Innenmeniskus. Hiermit sei diese Aufnahme keineswegs bei der ersten Inspektion des Kniegelenks entstanden, sondern nach der Resektion des Innenmeniskus (Suva-act. 51). Mit einer E-Mail vom 27. Januar 2021 gelangte die Suva an den Operateur mit der Frage, ob er bestätigen könne, dass das intraoperative Bild 3 der Serie 1 nach Resektion des Innenmeniskus entstanden sei. Am 28. Januar 2021 antwortete der Operateur in einer E-Mail, dass das Bild nach der Teilresektion des Innenmeniskus und vor Mikrofrakturierung des Defekts gemacht worden sei (Suva-act. 53). Mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 2021 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 54). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin MLaw D. Günthart, am 12. Februar 2021 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 29. Januar 2021 sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen und allfälligen vertraglichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zwecks Einholung eines orthopädischen und radiologischen Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über seine gesetzlichen Ansprüche entscheide; unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Zusammen mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer eine weitere Aktenbeurteilung von Dr. F. \_\_\_ vom 9. Februar 2021 ein (act. G 1.3). In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. April 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 12. Februar 2021 und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 29. Januar 2021 (act. G 5). Sie legte ihrer Beschwerdeantwort eine weitere Aktenbeurteilung von Dr. G. \_\_\_ vom 16. April 2021 bei (act. G 5.1). In seiner Replik vom 25. Mai 2021 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 7). Weiter reichte er eine Aktenbeurteilung von Dr. med. H. \_\_\_, Radiologie FMH, Klinik I. \_\_\_, vom 3. Mai 2021 ein, in welcher sich dieser auf den Standpunkt gestellt hatte, der Knorpelschaden sei zwar überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt, der Meniskusriss jedoch überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (act. G 7.1). In ihrer Duplik vom 30. Juni 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde vollumfänglich fest (act. G 9). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 27. April 2020 eingestellt hat (vgl. Suva-act. 34 und 55). Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss 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. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; 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 (BGE 112 V 32 f. E.

1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (allenfalls krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften oder andersartig geschädigten Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Von einer richtungsgebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, 8C\_467/2007, E. 3.1). Wird davon ausgegangen, dass die nach einem Unfall aufgetretenen Beschwerden Folge einer durch den Unfall lediglich aktivierten (zuvor stummen) vorbestehenden Gesundheitsschädigung sind, hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Solange der Status quo sine oder ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Unter Umständen hat der Versicherte damit auch Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der von den Unfällen zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch die Unfälle bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und vom 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 3.2; je mit weiteren Hinweisen; Art. 36 Abs. 1 UVG). Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *conditio sine qua non* war (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2011, 8C\_515/2011, E. 4.1, und vom 5. April 2007, U 413/05, E. 4.2). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die

Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein Leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.; je mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, E. 3.2). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4 und 55). Der Beschwerdeführer hat sich wegen des von der Beschwerdegegnerin als Unfall anerkannten Ereignisses vom 2. Juni 2019 (vgl. dazu Suva-act. 34, wo die Suva von Unfallfolgen spricht) ab dem 17. Juni 2019 in ärztliche Behandlung begeben (vgl. Suva-act. 15). Am 5. Juli 2019 und somit in zeitlicher Nähe zum Unfallereignis ist in einer MRT-Untersuchung ein Meniskusriss festgestellt worden (vgl. Suva-act. 11). In der Sprechstunde vom 15. Juli 2019 hat sich auch eine dazu passende Klinik mit eindeutig positivem Meniskustest gezeigt (vgl. Suva-act. 9). Dementsprechend haben die behandelnden Ärzte in ihren Berichten vom 22. August 2019 (Suva-act. 9), 27. September 2019 (Suva-act. 3) sowie 7. November 2019 (Suva-act. 8) als Diagnose eine Innenmeniskusläsion angegeben. Die Heilbehandlungen bis Ende des Jahres 2019 sind in erster Linie auf die Therapie dieser Läsion ausgerichtet gewesen, was sowohl aus den ärztlichen Berichten (vgl. Suva-act. 3, 8, 9 und 15) als auch aus den Physiotherapieverordnungen (vgl. Suva-act. 2 und 5) ersichtlich ist. So ist im Sprechstundenbericht vom 22. August 2019 beispielsweise festgehalten worden, dass die Optionen einer konservativen und einer operativen Therapie der Komplexläsion des Meniskus erörtert worden seien und man sich vorerst für einen konservativen Therapieversuch entschieden habe, da bei einem arthroskopischen Vorgehen aufgrund der ausgedehnten Läsion ein Grossteil des Meniskus entfernt werden müsste (vgl. Suva-act. 9). In Kenntnis der im Raum stehenden Diagnose (vgl. Suva-act. 2 und 3) hat die Beschwerdegegnerin stets Leistungen erbracht, ohne festzuhalten, dass sie den Meniskusschaden nicht als unfallkausal anerkenne (zu den lange Zeit erbrachten Leistungen vgl. Suva-act. 22, 24, 34 und 55). Daher ist anzunehmen, der Meniskusschaden sei von der Anerkennung mitumfasst gewesen bzw. habe gar deren zentralen Kern gebildet. Dass die Beschwerdegegnerin sich nach Erhalt des Kostengutsprachegesuchs für die Operation vom 27. April 2020 (vgl. Suva-act. 12) auf den Standpunkt gestellt hat, sie müsse ihre Leistungspflicht zunächst prüfen (vgl. Suva-act. 13; vgl. ferner Suva-act. 6), ändert daran nichts. Denn die implizite Anerkennung der Unfallkausalität der Meniskusläsion ist bereits zu einem früheren Zeitpunkt durch die faktische Leistungserbringung in Kenntnis der Meniskusläsion und im Wissen, dass die Therapie auf diese Läsion ausgerichtet gewesen ist, erfolgt (vgl. dazu namentlich Suva-act. 2 ff.). Da die Operation unter anderem der Behandlung genau dieser Meniskusläsion gedient hat (vgl. Suva-act. 14), besteht grundsätzlich auch eine Leistungspflicht für die Operation und deren Folgen. Anderes gilt,

wenn der Nachweis gelingt, dass der Meniskusschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit - entgegen der ursprünglichen Annahme der Beschwerdegegnerin - doch nicht unfallkausal ist. Bei Beweislosigkeit hinsichtlich der Meniskusläsion trägt die Beschwerdegegnerin, die den Meniskusschaden zunächst implizit als unfallkausal anerkannt hat, die Beweislast. Die beiden Kreisärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ sind in ihren Aktenbeurteilungen zum Schluss gekommen, dass sowohl die operierte Meniskusläsion als auch der operierte Knorpelschaden degenerativer Natur seien. Der Unfall habe weder zu einer strukturellen Schädigung noch zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt (vgl. Suva-act. 20, 35, 44 und 51; vgl. act. G 5.1). Dr. F.\_\_\_\_ teilt zwar die Ansicht der Kreisärzte, wonach der mediale Meniskushinterhornriss degenerativ sei. Er ist jedoch der Ansicht, dass der im Operationsbericht beschriebene Bereich mit ausgebrochener Knorpelsubstanz und freiliegendem Knochen mit scharf begrenzten Knorpelrändern einem traumatischen Schaden entspreche (vgl. Suva-act. 43, namentlich 43-21; vgl. ferner act. G 1.3). Er hat dies in erster Linie damit begründet, dass man in der entsprechenden intraoperativen Abbildung direkt auf den Knochen blicke. Am Femurkondylus sei kein Knorpel mehr sichtbar und der knorpellose Bezirk sei scharf berandet. Das sei eigentlich das klassische Bild eines traumatischen Knorpelschadens, sofern es einem nativen Befund entspreche. Wäre das Bild erst entstanden, nachdem der Operateur alle Zotten debridiert hätte, wie er es beim Meniskus getan habe, dann wäre der Knorpelschaden als degenerativ einzustufen. Wenn das entsprechende Bild jedoch den Nativzustand des Defektes zeige, also den Zustand, bevor mit dem Shaver etwas gemacht worden sei, handle es sich um ein klar traumatisches Ulcus (vgl. Suva-act. 43-9, 43-11 und 43-19). Nachdem der Operateur in einer E-Mail vom 26. August 2016 bestätigt habe, dass es sich bei diesem Knorpelschaden um einen nativen Befund handle (vgl. Suva-act. 43-12), sei von einem traumatischen Schaden auszugehen (vgl. Suva-act. 43-21; vgl. ferner act. G 1.3). Bezüglich dieser Argumentation hat Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2021 beanstandet, dass auf dem einschlägigen Bild, auf dem der Defekt im Bereich der Femurkondyle zur Darstellung komme, im Hintergrund der resezierte Innenmeniskus erkennbar sei. Folglich sei die Aufnahme keineswegs bei der ersten Inspektion des Kniegelenks, sondern nach der Resektion des Innenmeniskus entstanden (vgl. Suva-act. 51-6). Die Beschwerdegegnerin hat daraufhin den Operateur per E-Mail angefragt, ob er bestätigen könne, dass das entsprechende Bild nach Resektion des Innenmeniskus gemacht worden sei, was dieser bejaht, jedoch gleichzeitig angemerkt hat, dass die Teilresektion vor Mikrofrakturierung des Defekts gemacht worden sei (vgl. Suva-act. 53). Daraus leitet die Beschwerdegegnerin einen Widerspruch in der Argumentation von Dr. F.\_\_\_\_ ab. Sie ist der Ansicht, es habe sich geklärt, dass es sich beim Bild um keinen nativen, präoperativen Zustand handle, weshalb nun auch Dr. F.\_\_\_\_ - entsprechend seiner eigenen Argumentation - beim Knorpelschaden von einem degenerativen Zustand ausgehen müsste (vgl. act. G 5 S. 4 f. und G 9). Allerdings haben - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin - weder Dr. F.\_\_\_\_ noch der Operateur je in Abrede gestellt, dass die fragliche Abbildung nach Debridement des Innenmeniskus entstanden ist. Dr. F.\_\_\_\_ hat die entsprechende Abbildung gerade dahingehend kommentiert, dass der an den Knorpeldefekt angrenzende Innenmeniskus schon debridiert worden sei und die intrameniskale Degeneration am Rand der Debridierung gut erkennbar sei (Suva-act. 43-9). Aus diesem Grund hat sich für ihn wohl gerade die Frage gestellt, ob die Aufnahme des auf derselben Abbildung dargestellten Knorpeldefekts auch erst nach einem Debridement entstanden ist oder eben vorher und somit einem nativen Zustand entspricht (vgl. Suva-act. 43-11). Der Operateur hat in der

E-Mail vom 26. August 2020 bestätigt, dass es sich beim Knorpelschaden um einen nativen Befund handle, mithin im Bereich des Knorpelschadens kein Debridement stattgefunden habe (vgl. Suva-act. 43-12), was aber nicht damit gleichzusetzen ist, dass die entsprechende Abbildung auch vor Behandlung des Innenmeniskus entstanden ist. In der E-Mail vom 28. Januar 2021 an die Beschwerdegegnerin hat der Operateur nochmals nachvollziehbar erläutert, dass das entsprechende Bild zwar nach der Teilresektion des Innenmeniskus, jedoch vor der Mikrofrakturierung des Defekts, also des Knorpelschadens, gemacht worden sei (vgl. Suva-act. 53). Folglich ist kein Widerspruch in den Auskünften des Operateurs auszumachen. Auch widersprechen die Auskünfte des Operateurs der Argumentation von Dr. F.\_\_\_\_ nicht. Die vermeintlichen Widersprüche haben Dr. G.\_\_\_\_ sowie die Beschwerdegegnerin selber konstruiert, indem sie die Auskünfte des Operateurs bzw. die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ wohl missverstanden haben. Der mit Bezug auf die intraoperative Bildgebung durchaus nachvollziehbare Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_, wonach der Knorpelschaden überwiegend wahrscheinlich einem traumatischen Schaden entspreche, widerspricht neben den Kreisärzten aber auch Dr. H.\_\_\_\_. Dieser geht - übereinstimmend mit den Kreisärzten - davon aus, dass die Bildgebung für eine traumatisch verursachte Knorpelläsion keine eindeutigen Hinweise liefere. Demgegenüber ist Dr. H.\_\_\_\_ - entgegen den Kreisärzten und entgegen Dr. F.\_\_\_\_ - der Auffassung, dass der Lappenriss des Innenmeniskushinterhorns mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Distorsionstrauma verursacht worden sei (vgl. act. G 7.1). Nach dem Gesagten befinden sich in den Akten drei unterschiedliche ärztliche Einschätzungen zur Frage der Unfallkausalität der am 27. April 2020 operierten Meniskusklaesion sowie des gleichzeitig operierten Knorpelschadens (vgl. Suva-act. 14). Gemäss einer Einschätzung ist der Meniskusschaden unfallkausal, jedoch der Knorpelschaden nicht. Nach einer zweiten Einschätzung ist der Knorpelschaden unfallkausal, jedoch der Meniskusschaden nicht. Nach einer dritten Einschätzung sind beide Schäden degenerativer Natur. Keine der ärztlichen Beurteilungen vermag die anderen überzeugend zu widerlegen und nachvollziehbar aufzuzeigen, von welcher Genese der operierten Schäden auszugehen ist. Die Frage, ob das Unfallereignis vom 2. Juni 2019 zu einer strukturellen Schädigung des Kniegelenks oder zumindest zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorschadens geführt hat, braucht vorliegend jedoch nicht abschliessend beantwortet zu werden. Denn selbst wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt wäre, dass sowohl die Meniskusklaesion als auch der Knorpelschaden degenerativer und nicht traumatischer Genese wären, entfielen die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Operation vom 27. April 2020 und die daran anschliessende Heilungsphase nicht. Der Unfall vom 2. Juni 2019 hat nämlich unbestrittenmassen zumindest zu einer vorübergehenden Aktivierung eines Vorzustandes bzw. zu einer Schmerzzunahme geführt. Die Einstellung der Leistungen ist somit erst auf den Zeitpunkt möglich, in dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch sämtlichen schmerzverstärkenden unfallkausalen Faktoren keine Bedeutung mehr zukommt (vgl. dazu E. 2). Die Kreisärzte vertreten die Auffassung, dass die durch den Unfall vom 2. Juni 2019 bewirkte vorübergehende Verschlimmerung des vorbestehenden degenerativen Prozesses im Bereich des Kniegelenks spätestens am 5. November 2019 respektive per Ende Dezember 2019 oder sechs Monate nach dem Unfall, was dem 2. Dezember 2019 entsprechen würde, wieder abgeheilt gewesen sei (vgl. Suva-act. 20, 34 und 51). Die unterschiedlichen Angaben zum Zeitpunkt, wann der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, wieder erreicht gewesen sein soll, machen deutlich, dass sich dieser Zeitpunkt auch nach Auffassung der Kreisärzte nur schwer feststellen lässt. Die

Begründung, wonach es dem Beschwerdeführer bis Ende Dezember 2019 primär recht gut gegangen sei, während dann aber ab Januar 2020 permanent Beschwerden aufgetreten seien, sodass die unfallkausale Verschlimmerung zum Zeitpunkt der Sprechstunde vom 5. November 2019 oder per Ende Dezember 2019 als abgeheilt anzusehen sei, überzeugt nicht (vgl. dazu namentlich Suva-act. 33-4 f.). Denn wie Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 9. Februar 2021 zu Recht angemerkt hat (vgl. act. G 1.3 S. 3, unten), ist die konservative Therapie (unter anderem Infiltrationen und Physiotherapie) gerade mit dem Ziel durchgeführt worden, die Schmerzsymptomatik zu lindern. Dass sich die Schmerzen vorübergehend gebessert, sich nach einer bestimmten Zeit jedoch wieder verschlechtert haben, muss somit nicht dem Abheilen des unfallkausalen Schmerzschubes geschuldet sein, sondern kann wohl auch auf das Abklingen der Wirkung der Infiltrationen zurückgeführt werden. Eine komplette Beschwerdefreiheit ist denn selbst im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 7. November 2019, auf den sich die Kreisärzte berufen, nicht dokumentiert. Vielmehr ist in diesem Bericht unter anderem festgehalten worden, dass vom Beschwerdeführer bei längerem Wandern noch ein leichtes Ziehen medial und lateral gespürt werde (vgl. Suva-act. 8). Von einer schmerzfreien Belastungsfähigkeit zu sprechen, wie dies Dr. G.\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2021 getan hat (vgl. Suva-act. 51-7), ist demnach aktenwidrig. Schliesslich kann Dr. G.\_\_\_\_ auch nicht gefolgt werden, wenn er behauptet, dass am 5. November 2019 der Behandlungsabschluss erfolgt sei (vgl. Suva-act. 51-5, unten). Von einem Behandlungsabschluss ist im besagten Bericht nichts zu lesen (vgl. Suva-act. 8). Bereits am 16. Dezember 2019 ist eine erneute Verordnung zur Physiotherapie ausgestellt worden (vgl. Suva-act. 5), sodass die Annahme eines Behandlungsabschlusses per 5. November 2019 nicht passt. Schon im Januar 2020 ist es dann gemäss dem Sprechstundenbericht vom 22. April 2020 zu einer erneuten und andauernden Beschwerdezunahme gekommen (vgl. Suva-act. 7), worauf auch Dr. E.\_\_\_\_ hingewiesen hat (vgl. Suva-act. 33-4). Ausserdem ist die Wiederaufnahme der Infiltrationstherapie sowie der Physiotherapie bereits anlässlich der Sprechstunde vom 5. November 2019 besprochen und ein arthroskopisches Vorgehen angedacht worden (vgl. Suva-act. 8), was für einen Zusammenhang zwischen den von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannten Beschwerden und denjenigen, die schliesslich zur Operation geführt haben, spricht. Der soeben dargelegte Beschwerdeverlauf lässt die Annahme, dass ein durch das Unfallereignis vom 2. Juni 2019 ausgelöster Beschwerdeschub bereits im November oder Dezember 2019 abgeheilt gewesen sei, nicht zu. Dazu passend hat die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen denn auch nicht per November oder Dezember 2019 eingestellt. Vielmehr hat sie eine Leistungspflicht und damit zumindest ein als unfallkausal anerkanntes Beschwerdebild bis zum 26. April 2020 anerkannt (vgl. Suva-act. 34; im Dispositiv des Einspracheentscheides ist die Einsprache abgewiesen und damit der Zeitpunkt der verfügbaren Leistungseinstellung bestätigt worden; vgl. Suva-act. 55). Dass nun aber der durch das Unfallereignis bewirkte Beschwerdeschub genau am Tag der Operation vom 27. April 2020, auf den die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen eingestellt hat, abgeheilt gewesen sein soll, ist ebenso wenig überzeugend. Vielmehr ist anzunehmen, dass diejenigen Beschwerden, die am 26. bzw. 27. April 2020 bestanden haben, mitursächlich für die am 27. April 2020 durchgeführte Operation gewesen sind. Folglich hat die Beschwerdegegnerin, welche die Beschwerden bis zum 26. April 2020 als unfallkausal anerkannt hat, auch für die durch die Beschwerden bedingte Operation sowie die daran anschliessende Heilungsphase aufzukommen (vgl. dazu E. 2). Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 29.

Januar 2021 gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die thematisch beschränkte Problematik und das wenig umfangreiche Aktendossier eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 29. Januar 2021 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die gesetzlichen Versicherungsleistungen auch über den 26. April 2020 hinaus zu erbringen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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