

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Die vom Beschwerdeführer gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde an das Bundesgericht hat dieses mit Entscheid vom 11. Juni 2019 abgewiesen (8C_51/2019).

Urteil vom 21. August 2018

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Ch. Wild, Dr. F. Windisch, S. Ramseyer, S. Plachel Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 17 16
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A ____ vertreten durch: RA AA____
Vorinstanz	B ____ Versicherungen AG
Gegenstand	Rente und Heilungskosten Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der B____ Versi- cherungen AG vom 23. Mai 2017

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Der Einspracheentscheid vom 23. Mai 2017 sei aufzuheben und dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Es sei die Beschwerde vom 29. Mai 2017 abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Der 1966 geborene A___ war seit Juni 1997 beim Hotel C___ als Sous Chef angestellt und bei der B___ Versicherungen AG (nachfolgend: B___) obligatorisch unfallversichert, als er am 26. Juli 1997 einen Motorradunfall erlitt (act. 8.1/A1). Die medizinische Erstversorgung fand im Kantonsspital St. Gallen statt, wo eine Commotio Cerebri, eine nicht dislozierte Acetabulum-Fraktur rechts (Fissur) sowie eine Commotio spinalis diagnostiziert wurde (act. 8.2/M2). Die B___ kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus.
- B.** Vom 29. Oktober 1997 bis 26. November 1997 hielt sich A___ stationär in der Klinik Valens auf (act. 8.2/M40). Im Juli 1998 nahm Dr. med. D___, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Rorschach, eine Arthroskopie und mediale Teilmeniskektomie am linken Knie vor (act. 8.2/M12). Es folgten zahlreiche weitere Behandlungen zunächst des linken Knies und später auch des rechten Knies und vom 7. Oktober 2008 bis 22. Januar 2009 ein Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon (act. 8.2/M58). Am 4. Februar 2010 erstattete die MEDAS Ostschweiz, St. Gallen, der B___ das in Auftrag gegebene polydisziplinäre medizinische Gutachten (act. 8.2/M74).
- C.** Mit Verfügung vom 10. Juli 2012 sprach die B___ A___ eine Integritätsentschädigung von Fr. 9'720.--, basierend auf einem Beeinträchtigungsgrad von 10%, zu (act. 8.1/A191). Am 24. Mai 2016 verfügte die B___, dass für das rechte Knie keine Leistungspflicht bestehe, dass die Höhe der bleibenden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit infolge der Knieverletzung links auf 20% festgelegt werde, dass ab 1. Februar 2014 Anspruch auf eine monatliche Invalidenrente in Höhe von Fr. 841.95 bestehe und dass ab Juli 2015 unter

Vorbehalt von Rückfällen und Spätfolgen kein Anspruch mehr auf Heilungskosten bestehe (act. 8.1/A219). Dagegen liess A___ am 21. Juni 2016 Einsprache erheben (act. 8.1/A224).

- D. Mit Schreiben vom 20. März 2017 kündigte die B___ A___ eine reformatio in peius an (act. 8.1/A231). Am 28. April 2017 liess er hierzu Stellung nehmen (act. 8.1/A233). Mit Einspracheentscheid vom 23. Mai 2017 hob die B___ ihre Verfügung vom 24. Mai 2016 auf und wies den Anspruch auf Versicherungsleistungen ab dem 1. Juli 2017 ab (act. 8.1/A234).
- E. Am 29. Mai 2017 liess A___ beim Obergericht Appenzell Ausserrhoden Beschwerde mit den eingangs wiedergegebenen Anträgen erheben (act. 1). In der Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2017 beantragte die B___ die Abweisung der Beschwerde sowie den Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (act. 7). Am 15. November 2017 liess A___ die Replik einreichen (act. 15). Der Einzelrichter des Obergerichts trat mit Entscheid vom 14. November 2017 (Verfahren Nr. ERV 17 52) auf das Gesuch der B___ um Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde nicht ein (act. 16). Die Duplik der B___ ging am 8. Dezember 2017 ein (act. 18).
- F. Auf die Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG).

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. 2.1

Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

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).

2.2

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und E. 3.2).

2.2.1

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, BGE 119 V 335 E. 1, BGE 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, BGE 119 V 335 E. 1, BGE 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Formel "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht zur Anwendung kommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_355/2018 vom 29. Juni 2018 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

2.2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, BGE 125 V 456 E. 5a).

Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1).

2.3

Der leistungsbegründende Kausalzusammenhang muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2016 vom 4. August 2017 E. 3.2.1). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer (Urteile des Bundesgerichts 8C_187/2017 vom 11. August 2017 E. 2.2 und 8C_819/2016 vom 4. August 2017 E. 3.2.1 und E. 4.3).

Wenn sich der Unfallversicherer über seine ursprüngliche Leistungspflicht geirrt hat, d.h. der Ansicht ist, dass er gar nie leistungspflichtig geworden sei und die bisherigen Leistungen (Heilbehandlung und Taggelder) zu Unrecht ausgerichtet worden seien, erübrigt sich der Nachweis eines Dahinfallens einer – fälschlicherweise – faktisch anerkannten Unfallkausalität. Vielmehr trägt der Unfallversicherer die Beweislast darlegen zu können, dass – trotz seiner anfänglichen Leistungsausrichtung – ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und Verletzungen oder Beschwerden gar nie bestanden hatte. Kann der Unfallversicherer diesen Nachweis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

erbringen, bleibt seine anfänglich (faktisch) bejahte Leistungspflicht bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2016 vom 4. August 2017 E. 6.1, vgl. zum Ganzen: MICHAEL E. MEIER, Beweislastverteilung bei Entstehung und Wegfall der natürlichen Kausalität für Heilbehandlung und Taggelder in der Unfallversicherung, SZS 2017 S. 658ff).

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 allerdings 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_819/2016 vom 4. August 2017 E. 3.2.3 und 8C_187/2017 vom 11. August 2017 E. 2.2, je mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6).

2.4

Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_187/2017 vom 11. August 2017 E. 2.3). Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor (Urteile des Bundesgerichts 8C_33/2018 vom 14. Juni 2018 E. 2.2 und 8C_487/2017 vom 9. November 2017 E. 3.3.1, je mit Hinweis auf BGE 130 V 380 E. 2.3.1).

3. 3.1

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer im Juli 1997 einen Motorradunfall erlitten hat. Nicht streitig ist weiter, dass die Vorinstanz Versicherungsleistungen für das linke Knie erbracht hat. Nicht einig sind sich die Parteien hinsichtlich der Frage, ob die Vorinstanz auch Versicherungsleistungen für das rechte Knie erbracht hat. Umstritten und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über die von der Vorinstanz verfügte Leistungseinstellung ab 1. Juli 2017 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist insbesondere zu klären, ob die Vorinstanz zur Recht den Kausalzusammenhang zwischen den Kniebeschwerden im rechten (vgl. E. 4) und linken (vgl. E. 5) Knie zum im Juli 1997 erlittenen Motorradunfall verneint hat.

3.2

Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, es liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor, da im Einspracheentscheid zur Frage, ob am rechten Knie der status quo sine im Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens erreicht worden sei, keine Stellung genommen worden sei (act. 1-10/14). Im Gutachten seien die bestehenden Schmerzen und Einschränkungen am rechten Knie mehrfach beschrieben worden, ohne dass die Gutachter dabei ausgeführt hätten, es handle sich um einen krankhaften Zustand oder rein degenerative Veränderungen (act. 1-10/14). Der Unfall stelle in Bezug auf das rechte Knie zumindest eine Teilursache dar (act. 1-11/14). Die Vorinstanz habe Heilbehandlungskosten am rechten Knie übernommen und damit die Unfallkausalität bejaht, weshalb sie den Nachweis erbringen müsse, dass die nunmehr bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien (act. 1-11/4). Initial hätten diverse Einschränkungen am rechten Bein bestanden und auch allein aufgrund des Unfallhergangs und –mechanik sei eine initiale Schädigung des rechten Knies überwiegend wahrscheinlich (act. 15-4/8). In Bezug auf das linke Knie bestehe aufgrund der Aktenlage, insbesondere dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten, welches von den Vorinstanz nicht in Zweifel gezogen worden sei, dem Bejahen der Leistungspflicht während 19 Jahren und der Verfügung vom 10. Juli 2012, in welchem die Vorinstanz die Unfallkausalität ein weiteres Mal anerkannt habe, kein Zweifel, dass die Schädigung des linken Knies überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 26. Juli 1997 zurückzuführen sei (act. 1-10/14). Allein aufgrund des Unfallhergangs – gemäss Unfallrapport sei er von der linken Seite angefahren worden – und der Unfallmechanik sei eine initiale Schädigung des linken Knies überwiegend wahrscheinlich (act. 15-4/8). Die Vorinstanz habe bei der Bejahung der Leistungspflicht nicht auf Dr. med. E___ und Dr. med. D___ abgestellt, sondern externe Experten – die Schulthess Klinik und die MEDAS – beigezogen, welche die Leistungspflicht immer wieder bejaht hätten (act. 15-6f/8). Es obliege der Vorinstanz mittels eines schlüssigen medizinischen Gutachtens, welches das MEDAS-Gutachten widerlege, nachzuweisen, dass die Leistungspflicht weggefallen sei (act. 15-7/8).

3.3

Die Vorinstanz stellt sich hingegen auf den Standpunkt, bezüglich des rechten Knies trage der Beschwerdeführer die Beweislast für die ursprüngliche Begründung der Kausalität. Sie habe dafür niemals Leistungen erbracht und eine Leistungspflicht weder explizit noch konkludent anerkannt (act. 7-7/14). In den Akten fänden sich keinerlei Hinweise, welche für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität sprächen. Sodann seien keine Brückensymptome dokumentiert (act. 7-9/14). Die behauptete Unfallkausalität werde ohnehin lediglich im Rahmen des Möglichen explizit erwähnt. Die Beschwerden am rechten Knie beständen bestenfalls – wenn überhaupt – möglicherweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 26. Juli 1997 (act. 18). Auch in Bezug auf das linke Knie

vertritt die Vorinstanz die Auffassung, dass der Beschwerdeführer die Beweislast für die Kausalität trage, da die Unfallkausalität bei genauerer Betrachtung gar nie bestanden habe (act. 7/8-14). Dr. med. E____, Dr. med. D____ und das MEDAS-Gutachten hätten sich – wenn überhaupt – ohne schlüssige medizinische Begründung zur Unfallkausalität geäußert. Durch die aufgeführten Berichte liessen sich auch keine Brückensymptome belegen (act. 7-10f/14). Wäre das linke Knie beim Unfall verletzt worden, wären Beschwerden sofort oder zumindest zeitnah aufgetreten (act. 18).

4. 4.1

In Bezug auf das rechte Knie liegen folgende massgebenden medizinischen Unterlagen vor:

4.1.1

Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, vom 11. August 1997 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 26. Juli bis 1. August 1997 wurde in der Anamnese dargelegt, dass der Beschwerdeführer am 26. Juli 1997 einen Töf-Unfall erlitten habe. Er habe beginnend ein gefühlloses rechtes Bein gehabt und im rechten Bein ein vollständiger Sensibilitätsausfall. Am rechten Bein sei eine deutliche, diffuse Kraftminderung aller Kennmuskeln festgestellt worden. Im Verlauf wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer am 1. August 1997 in gutem allgemeinem und lokalem Zustand, an zwei Gehstöcken mit einer antalgischen Teilbelastung wegen Schmerzen im rechten Hüftbereich entlassen worden sei (act. 8.2/M2).

4.1.2

Im Zwischenbericht von Dr. med. E____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Rorschach, vom 1. Oktober 1997, führte er zum Verlauf aus, dass der Beschwerdeführer einen unsicheren, ataktischen Gang bei deutlicher Quadrizepsschwäche rechts zeige: er könne mit dem rechten Bein keinen Tritt besteigen (act. 8.2/M3). Im Bericht vom 31. Oktober 1997 wies Dr. med. E____ auf die immer noch bestehende Schwäche und Unsicherheit im rechten Bein hin, welche seit dem 3. Oktober 1997 zweimal zu Stürzen geführt habe und den Beschwerdeführer an längerem Stehen oder Gehen hindere (act. 8.2/M5).

4.1.3

Dr. med. F____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, wies im Kontrollbericht vom 10. Oktober 1997 auf die Aussage des Beschwerdeführers hin, welcher über geringer werdende Hüftschmerzen in letzter Zeit berichtete, aber über eine immer

noch bestehende Schwäche und Unsicherheit im rechten Bein. Klinisch fände sich ein leicht hinkendes Gangbild, leichte Schwäche im Fuss rechts (act. 8.2/M6).

4.1.4

Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 10. Dezember 1997 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 29. Oktober 1997 bis 26. November 1997 wurde erwähnt, dass es seit 1. Oktober 1997 zu einer progredienten Beschwerdezunahme mit einer diskreten Hemiparese rechts und einer Gangunsicherheit gekommen sei. Im Verlauf der Hospitalisation sei es zu einer Rückbildung der Symptomatik gekommen und bei Austritt bestehe lediglich noch eine leichtgradige Fussheberschwäche rechts. In der Zusammenfassung der Krankengeschichte wurde ausgeführt, dass nach anfänglicher beinbetonter Tetraparese mit rechtsbetonten Sensibilitätsstörungen sich diese Beschwerden rasch zurückgebildet hätten. Anfangs Oktober seien erneut Gleichgewichtsstörungen mit einer Falltendenz nach rechts aufgetreten, zudem eine Schwäche am Fussheber rechts. Diese seien belastungsabhängig gewesen und seien in Verbindung mit nicht radikulär vereinbaren Sensibilitätsstörungen im Sinne eines Taubheitsgefühls rechts aufgetreten. Die Sensibilitätsstörungen hätten sich hauptsächlich im medialen Unterschenkelbereich und im gesamten Fuss manifestiert. Im Austrittsbericht der Physiotherapie wurde berichtet, dass der Beschwerdeführer noch eine Gangunsicherheit zeige, vor allem in Folge seiner gesamten schwächeren rechten Seite und einer Fussheberschwäche rechts, wegen der er auch schon 4 – 5 mal gestürzt sei (act. 8.2/M40).

4.1.5

Anlässlich eines Telefonats vom 4. Juli 2007 mit der Vorinstanz berichtete der Beschwerdeführer, dass er sich vor rund 2 – 3 Tagen das rechte Bein verdreht habe (act. 8.1/A91).

4.1.6

Gemäss dem Bericht von Dr. med. G____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, vom 3. September 2007 berichtete der Beschwerdeführer anlässlich einer Untersuchung am 28. August 2007 von einem vor einigen Wochen stattgefundenen Sturzereignis. Dies aufgrund einer Schwäche im linken Kniegelenk, wobei er sich damals ein Hämatom am rechten Fuss zugezogen habe. In der Folge habe das rechte Kniegelenk erneut mehrmals nochmals nachgegeben (act. 8.2/M43).

4.1.7

Im Bericht vom 27. Februar 2008 gab Dr. med. G____ die Aussage des Beschwerdeführers wieder, wonach sich die Situation erneut etwas gebessert habe. In letzter Zeit seien auch

Schmerzen rechts aufgetreten mit Hauptlokalisation an der Knieaussenseite, dies vor allem beim Stehen mit durchgestrecktem Bein, ebenfalls beim Treppen steigen (act. 8.2/M45). Im Bericht vom 28. März 2008 gab Dr. med. G___ erneut an, dass der Beschwerdeführer in letzter Zeit über zunehmende Beschwerden rechts klage. Eine am 10. März 2008 durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks (vgl. act. 8.2/M48) zeige eine laterale Meniscuspathologie mit Rupturen im Vorderhornbereich, eine Chondropathie und wahrscheinlich Chondrokalzinose im lateralen Kompartiment, eine Chondropathie Grad II im medialen Kompartiment, eine leichtgradige Hoffahypertrophie. Es stelle sich die Frage nach einer Arthroskopie des rechten Kniegelenks, einem arthroskopischen Debridement (act. 8.2/M46). Der beratende Arzt der Vorinstanz, Dr. med. H___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, legte dar, dass aufgrund der Aktenangaben die rechtsseitigen Kniegelenksbeschwerden ohne Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 1997 beständen (act. 8.2/M50).

4.1.8

Im Bericht vom 4. März 2015 stellte Dr. med. G___ in Bezug auf das rechte Knie die folgenden Diagnosen: initiale Varusgonarthrose, laterale Meniskuspathologie im Vorderhornbereich und Chondrokalzinose. Er führte aus, dass seit drei Wochen vermehrt Beschwerden beständen (act. 8.2/M91).

4.1.9

Am 24. März 2015 meldete sich der Beschwerdeführer telefonisch bei der Vorinstanz und teilte mit, er habe aufgrund der Fehlbelastung – herrührend vom unfallbedingt geschädigten linken Knie – vermehrt Kniebeschwerden rechts. Dr. med. G___ habe einen Meniskusschaden festgestellt und er müsse am 21. April 2015 in die Klinik zur Operation eintreten. Er müsse aber eingestehen, dass wohl eher Krankheitsfolgen vorlägen (act. 8.1/A197).

4.1.10

Dr. med. J___, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie Rosenberg, St. Gallen, gab im Bericht vom 19. November 2015 an, der Beschwerdeführer habe am 4. November 2015 beim Arbeiten ein Kniegelenksdistorsionstrauma rechts erlitten. Seither klage er über zunehmende Schmerzen sowie Schwellung des rechten Kniegelenks (act. 8.2/M94).

4.2

Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten ist in Bezug auf das rechte Knie zusammenfassend festzuhalten, dass unmittelbar nach dem Verkehrsunfall vom 26. Juli 1997

unter anderem eine nicht dislozierte Acetabulum-Fraktur rechts diagnostiziert wurde (act. 8.2/M1). In der Folge klagte der Beschwerdeführer gemäss Bericht des Hausarztes Dr. med. E___ über eine deutliche Quadrizepsschwäche rechts (act. 8.2/M3). Im darauf folgenden weiteren Verlauf standen jedoch Beschwerden im linken Knie im Mittelpunkt. Im Juli 2007 – mithin rund 10 Jahre nach dem Motorradunfall – erfolgte offenbar ein Verdrehen des rechten Beines (act. 8.1/A91 und act. 8.2/M43). Kniebeschwerden rechts traten dann erneut im Februar 2015 – mithin rund 18 Jahre nach dem Motorradunfall – auf (act. 8.1/A197 und act. 8.2/M92).

Aus den Akten ergibt sich sodann in Bezug auf die Frage der Unfallkausalität, dass – gemäss Aussage des Beschwerdeführers vom 28. Mai 2008 – Dr. med. G___ der Meinung sei, die vorgesehene Kniearthroskopie sei krankheitsbedingt (act. 8.1/A106). Der beratende Arzt der Vorinstanz, Dr. med. H___, war im Juni 2008 der Ansicht, dass die rechtsseitigen Kniegelenksbeschwerden ohne Kausalzusammenhang mit dem 1997 erlittenen Unfall ständen. Im polydisziplinären medizinischen Gutachten der MEDAS vom 4. Februar 2010 wurde in Beantwortung der gutachterlichen Fragen zusammenfassend aus somatisch-orthopädischer Sicht festgehalten, dass eine Beeinträchtigung des rechten Kniegelenks aufgrund einer vorübergehenden Überlastung möglich sei, wobei die oben angegebenen anamnestischen Angaben zu berücksichtigen und geeignet seien, Verschleisserscheinungen an Kniegelenken zu erwirken (jahrelanger Hochleistungssport) (act. 8.2/M47-S. 42). Im Telefonat vom 25. März 2015 mit der Vorinstanz gestand der Beschwerdeführer ein, dass wohl eher Krankheitsfolgen vorlägen bezüglich seiner Kniebeschwerden rechts (act. 8.1/A197).

4.3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers liegt im Umstand, dass im Einspracheentscheid der Vorinstanz nicht darauf eingegangen wurde, ob am rechten Knie der status quo sine im Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens erreichten worden sei, keine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Stützt die Vorinstanz doch ihre Argumentation darauf ab, dass die erst zehn Jahre nach dem Ereignis erstmals erwähnten rechtsseitigen Kniebeschwerden eine Schädigung, welche auf den Verkehrsunfall vom 26. Juli 1997 zurückzuführen sei, nicht rechtsgenüglich zu beweisen vermögen (act. 2.1). Der Ansicht des Beschwerdeführers kann gestützt auf die vorliegenden Akten auch insofern nicht gefolgt werden, als die Vorinstanz die Leistungspflicht in Bezug auf das rechte Knie nie anerkannt hat.

Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der

Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3 mit Hinweisen).

Aufgrund des grossen zeitlichen Abstands zwischen dem Motorradunfall vom 7. Juli 1997 und dem Auftreten von Beschwerden im Kniegelenk rechts – mithin rund 10 Jahre beziehungsweise rund 18 Jahre - sind gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung strenge Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. In den ärztlichen Berichten sind hierzu – mit Ausnahme im MEDAS-Gutachten – keine differenzierten begründeten Aussagen vorhanden. Und selbst im MEDAS-Gutachten wird unter Verweis auf die früheren sportlichen Höchstleistungen lediglich die Möglichkeit der Beeinträchtigung des rechten Kniegelenks aufgrund einer vorübergehenden Überlastung erwähnt. Brückensymptome sind sodann keine dokumentiert. Die Beweislast für den natürlichen Kausalzusammenhang trägt der Beschwerdeführer. In den Akten finden sich jedoch entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keinerlei Hinweise, welche für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität sprächen. Somit hat die Vorinstanz die Leistungspflicht in Bezug auf das rechte Knie zu Recht verneint.

5. 5.1

Vorauszuschicken ist, dass aufgrund der oben erwähnten Rechtsprechung (vgl. E. 2.4) das Zurückkommen der Vorinstanz auf die Leistungsanerkennung – unbeachtlich des Zeitablaufs – zulässig ist, macht doch die Vorinstanz geltend, bei genauerer Betrachtung habe eine Unfallkausalität gar nie bestanden. Sodann kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die Unfallversicherung trotz zugesprochener Integritätsentschädigung die Ausrichtung weitergehender Leistungen, insbesondere einer Invalidenrente, mangels rechtsgenüglicher Kausalität ablehnen (Urteile des Bundesgerichts 8C_162/2009 vom 28. August 2009 E. 3.2 und 8C_22/2010 vom 28. September 2010 E. 4.1).

5.2

In Bezug auf das linke Knie zeigen die massgebenden medizinischen Unterlagen das folgende Bild:

5.2.1

Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, vom 11. August 1997 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 26. Juli bis 1. August 1997 wurde in der Anamnese dargelegt, dass der Beschwerdeführer am 26. Juli 1997 einen Töff-

Unfall erlitten habe. Er habe links eine diffuse Hyposensibilität mit erhaltener Motorik gehabt (act. 8.2/M2).

5.2.2

Im Bericht vom 24. Juni 1998 diagnostizierte Dr. med. D___ eine Meniskusläsion links. Der Beschwerdeführer leide seit einigen Wochen an belastungsabhängigen Schmerzen in der Kniekehle links (act. 8.2/M13). Gemäss dem Operationsbericht vom 7. Juli 1998 wurde eine Arthroskopie und mediale Teilmeniskektomie durchgeführt. (act. 8.2/M12).

5.2.3

Dr. med. E___ diagnostizierte im ärztlichen Verlaufsbericht vom 29 Juli 1998 eine mediale Meniskusläsion links und attestierte einen problemlosen postoperativen Verlauf (act. 8.2/M11).

5.2.4

Im ärztlichen Verlaufsbericht vom 14. August 1998 an die Vorinstanz führte Dr. med. E___ unter dem Titel Verlauf aus, dass er betreffs Kausalität Meniskusläsion Unfall zwei Kopien des operierenden Orthopäden Dr. med. D___ zusende. Aus diesen Unterlagen gehe, wie ihm scheine, hervor, dass die Meniskusläsion im Zusammenhang stehe mit dem Unfall vom 26. Juli 1997 (act. 8.2/M13).

5.2.5

Dr. med. E___ berichtete im Verlaufsbericht vom 1. September 1998, dass am 17. Juli 1998 der Abschluss der Behandlung gewesen und keine Beschwerden am Knie vorhanden gewesen sei (act. 8.2/M15).

5.2.6

Dr. med. D___ erwähnte im Verlaufsbericht vom 9. November 1998 einen problemlosen postoperativen Verlauf. Anlässlich der letzten Kontrolle am 1. September 1998 hätten noch gelegentliche Restschmerzen lateral im linken Kniegelenk bestanden. Klinisch liege eine Quadrizeptsatrophie links, leichter Erguss, vor. Zudem erwähnte er, dass der Beschwerdeführer nicht mehr zur Nachkontrolle erschienen sei, sodass die Behandlung nun als abgeschlossen betrachtet werden könne (act. 8.2/M16).

5.2.7

Im Verlaufsbericht vom 4. Juni 1999 erwähnte Dr. med. D___ persistierende Belastungsschmerzen in der linken Kniekehle, wenig Erguss, angedeutet positive Meniskuszeichen bei sonst unauffälligem Befund (act. 8.2/M17). Am 2. Juli 1999 wurde eine

Kernspintomographie des linken Knie durchgeführt (act. 8.2/M18). Im Bericht vom 11. August 1999 wies Dr. med. D___ auf trotz Physiotherapie unveränderte Beschwerden hin. Ausser einem angedeutet positivem Meniskuszeichen sowie einem diskreten Erguss unauffälliges Kniegelenk (act. 8.2/M19). Der bisherige Verlauf und gegenwärtige Zustand blieb gemäss ärztlichem Verlaufsbericht vom 26. Oktober 1999 unverändert, wobei der Abschluss der Behandlung am 20. August 1999 stattgefunden habe (act. 8.2/M20).

5.2.8

Dr. med. K___, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie am Rosenberg, diagnostizierte im Bericht vom 28. August 2000 Restbeschwerden bei Zustand nach partieller medialer Meniscectomie links und empfahl eine nochmalige Arthroskopie (act. 8.2/M23).

5.2.9

Dr. med. E___ stellte im Verlaufsbericht vom 21. Februar 2001 die aktuelle Diagnose einer Arthroskopie und Shaving, mediale Teilmeniscektomie, offene Patellazentrierung am 18. Dezember 2000 bei Läsion des medialen Restmeniskus links. Er habe den Beschwerdeführer im Dezember 2000 und Januar 2001 mehrmals gesehen, er klage noch über Schmerzen im Bereich des lateralen Gelenkspaltes des linken Knies (act. 8.2/M24).

5.2.10

Im ärztlichen Verlaufsbericht vom 22. März 2001 attestierte Dr. med. D___ dem Beschwerdeführer einen problemlosen postoperativen Verlauf. Anlässlich der letzten Kontrolluntersuchung sei er zufrieden gewesen, ausser einer leichten Quadrizepsatrophie links unauffälliges Kniegelenk (act. 8.2/M25).

5.2.11

Im Kostengutsprachege such vom 25. Februar 2004 berichtet Dr. med. D___, dass der Beschwerdeführer über persistierende belastungsabhängige Schmerzen im linken Knie klage (act. 8.2/M27). Im Verlaufsbericht vom 11. März 2004 sowie vom 11. August 2004 über die Konsultation vom 24. Februar 2004 berichtet er über seit 3 Monate zunehmende dorso-mediale belastungsabhängige Schmerzen des Beschwerdeführers im linken Kniegelenk. Seit der Konsultation habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen (act. 8.2/M28 und act. 8.2/M29).

5.2.12

Dr. med. L____, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonales Spital Rorschach, wies im Bericht über das Konsilium vom 3. August 2005 darauf hin, dass seit einiger Zeit wieder vermehrte Beschwerden mit medial wie lateral lokalisierten Schmerzen, Blockierungsphänomenen und auch zeitweilige Schwellungen am linken Knie aufträten. Er habe dem Beschwerdeführer eine gelegentliche erneute Arthroskopie des linken Kniegelenkes vorgeschlagen (act. 8.2/M31). Am 23. Februar 2006 wurde im Kantonalen Spital Rorschach am linken Knie eine Arthroskopie durchgeführt (act. 8.2/M33). In der Sprechstunde vom 6. April 2006 wurden deutlich regrediente Beschwerden bei allerdings noch mässiggradigen Restbeschwerden festgestellt (act. 8.2/M34). Dr. med. E____ erwähnte im Verlaufsbericht vom 25. April 2006, dass seit 6 Monaten zunehmende Beschwerden im linken Kniegelenkt aufgetreten seien (act. 8.2/M35).

5.2.13

Im Bericht von Dr. med. M____, Facharzt FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonales Spital Rorschach, über die ambulante Sprechstunde vom 4. September 2006 wird darauf hingewiesen, dass seit einiger Zeit zunehmende Beschwerden mit einem Knacken im linken Kniegelenk aufgetreten seien (act. 8.2/M37). Am 11. September 2006 wurde im Kantonalen Spital Rorschach am linken Knie eine Arthroskopie, ausgiebige Spülung und Knorpelglättung durchgeführt (act. 8.2/M38).

5.2.14

Anlässlich der Besprechung zwischen dem Beschwerdeführer und dessen Anwalt mit der Vorinstanz machte ersterer geltend, er habe erstmals in der Klinik Valens – dort hielt er sich vom 29. Oktober bis 26. November 1997 auf – Schmerzen im linken Knie gespürt. Da die anderen Beschwerden im Vordergrund gestanden seien, habe man dem linken Knie vorerst gar keine Beachtung geschenkt (act. 8.1/A60).

5.2.15

Im Bericht der Schulthess Klinik über die Konsultation vom 25. Januar 2007 gaben die beiden Fachärzte FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. N____ und Dr. med. O____, an, die erhobenen Befunde seien vorwiegend wahrscheinlich in natürlichem kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 26. Juli 1997 (act. 8.2/M39).

5.2.16

Im Bericht vom 28. März 2008 erwähnte Dr. med. G____, dass die Situation seitens des linken Kniegelenkes unverändert sei (act. 8.2/M46). Im Bericht vom 8. Mai 2008 machte er geltend, der Beschwerdeführer habe im Anschluss an seinen Motorradunfall nach einer Latenzzeit von Monaten über linksseitige Kniegelenksbeschwerden geklagt. Er habe den Beschwerdeführer am 13. April 2007 erstmals untersucht und auffallend sei ein massives linksseitiges Hinken, bei insgesamt reizlosem gut beweglichem Kniegelenk (act. 8.2/M41).

5.2.17

Am 27. Mai 2009 berichtete Dr. med. G____ über weiterhin bestehende Beschwerden, links ausgeprägter als rechts (act. 8.2/M62). Im Bericht vom 5. November 2009 gab er an, der Beschwerdeführer verspüre in letzter Zeit vermehrt Beschwerden (act. 8.2/M71).

5.2.18

Im polydisziplinären medizinischen Gutachten der MEDAS vom 4. Februar 2010 wurde ausgeführt, nach wiederholten operativen Eingriffen zeige sich das linke Kniegelenk ohne Erguss oder Kapselschwellung. Es bestehe ein retropatellares Knorpelreiben bei endgradig eingeschränkter Beugefähigkeit. Das MRI vom 24. November 2009 zeige linksseitig degenerative Veränderungen im Kniegelenk, es seien Zeichen einer Chondropathie feststellbar. Der klinische Befund sei mit dem MRI-Befund korrelierbar, nicht nachvollziehbar seien das Ausmass und die Intensität der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden (act. 8.2/M74-S. 40f). In Bezug auf die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs wurde ausgeführt, dass zusammenfassend aus somatisch-orthopädischer Sicht festzuhalten sei, dass das Ereignis vom 26. Juli 1997 als eine entscheidende Teilursache beziehungsweise als alleinige Ursache der Beschwerden des linken Kniegelenks gesehen werde. Der Beschwerdeführer berichte, dass er einige Wochen nach dem Unfall vom 26. Juli 1997 ein Wegknicken des linken Beines unterhalb des Kniegelenks verspürt habe (act. 8.2/M74-S. 42).

5.2.19

Im Bericht vom 17. November 2010 gab Dr. med. G____ an, der Beschwerdeführer verspüre in letzter Zeit wiederum verstärkt Beschwerden (act. 8.2/M79). Am 7. Juni 2012 berichtete er über eine insgesamt doch gebesserte Situation, nachdem der Beschwerdeführer eine C Ti Brace trage (act. 8.2/M86).

5.2.20

Dr. med. G___ berichtete am 1. Juli 2013, der Beschwerdeführer verspüre in letzter Zeit zunehmend Beschwerden beidseitig an der Knieinnenseite (act. 8.2/M87). Im Bericht von 26. Juni 2014 wies er auf eine in letzter Zeit nicht wesentlich geänderte Situation hin (act. 8.2/M90). Am 29. September 2016 berichtete Dr. med. G___ über weiterhin bestehende beidseitige Kniegelenksschmerzen, wobei eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks geplant sei (act. 8.2/M97). Im Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2016 wies Dr. med. G___ auf die eher zunehmenden Beschwerden durch die relative Immobilisierung des linken Kniegelenks hin (act. 8.2/M98). Am 25. November 2016 berichtete er über weiterhin bestehende beidseitige Kniegelenksbeschwerden beidseitig, links ausgeprägter als rechts (act. 8.2/M99).

5.2.21

Am 13. Februar 2017 telefonierte der Beschwerdeführer der Vorinstanz und teilte mit, das linke Knie bereite ihm momentan Probleme (act. 8.1/A228).

5.3

Da die Vorinstanz unbestrittenermassen für das linke Knie Versicherungsleistungen erbracht hat, obliegt es ihr nachzuweisen, dass für die weiterhin geklagten Beschwerden richtigerweise gar nie eine Unfallkausalität bestanden hat. Denn der Unfallversicherer darf seine Leistungen pro futuro – vorliegend aufgrund des Einspracheentscheides vom 23. Mai 2017 ab dem 1. Juli 2017 – nur einstellen, wenn er die originär fehlende Unfallkausalität materiellrechtlich begründen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen kann (vgl. E. 2.3).

Gemäss den medizinischen Akten sind erstmals durch den Bericht vom 24. Juni 1998 von Dr. med. D___ an den behandelnden Hausarzt Dr. med. E___ – mithin rund 11 Monate nach dem Verkehrsunfall – Schmerzen in der linken Kniekehle dokumentiert. Unmittelbar nach dem Unfall wurde im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie, Kantonsspital St. Gallen, vom 11. August 1997 in der Anamnese lediglich festgehalten, dass der Beschwerdeführer links eine diffuse Hyposensibilität mit erhaltener Motorik habe (act. 8.2/M2). Der Beschwerdeführer gibt zwar an, er habe erstmals in der Klinik Valens – und damit 3 Monate nach dem Verkehrsunfall – Schmerzen im linken Knie verspürt, aber da die anderen Beschwerden in Bezug auf die Behandlung im Vordergrund gestanden seien, habe man dem linken Knie vorerst gar keine Beachtung geschenkt (act. 8.1/A60). Im Austrittsbericht der Klinik Valens über den stationären Aufenthalt vom 29. Oktober 1997 bis 26. November 1997 werden keine Beschwerden im linken Knie erwähnt, vielmehr ist von einer deutlichen Besserung der rechtsseitigen Beschwerden die Rede (act. 8.2/M40). Im

MEDAS-Gutachten vom 4. Februar 2010 wird erwähnt, dass der Beschwerdeführer berichtet, einige Wochen nach dem Unfall ein Wegknicken des linken Beines unterhalb des Kniegelenks verspürt zu haben (act. 8.2/M74-S. 43). Mit Blick auf die vollständige Krankengeschichte kann der Beschwerdeführer somit die von ihm sinngemäss geltend gemachten Brückensymptome, welche in der Praxis gestützt auf ärztliche Aussagen beurteilt werden, nicht nachweisen (Urteile des Bundesgerichts 8C_234/2012 vom 26. Juli 2012 E. 4, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_314/2012 vom 25. Mai 2012 E. 3.2, und 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 5.1.2).

Aus den Akten ergibt sich in Bezug auf die Frage der Unfallkausalität, dass Dr. med. E___ im ärztlichen Zwischenbericht vom 14. August 1998 gerichtet an die Vorinstanz ausführte: „Betreffs Kausalität Meniskusläsion Unfall sende ich 2 Kopien des operierenden Orthopäden Dr. D___ . Aus diesen Unterlagen geht, wie mir scheint hervor, dass die Meniskusläsion im Zusammenhang steht mit dem Unfall vom 26. Juli 1997“ (act. 8.2/M13). Den erwähnten Berichten von Dr. med. D___ lässt sich hingegen zur Frage der Kausalität nichts entnehmen (act. 8.2/M13). Im Bericht der Schulthess Klinik über die Konsultation vom 25. Januar 2007 gaben Dr. med. N___ und Dr. med. O___ an, die erhobenen Befunde seien vorwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 26. Juli 1997 (act. 8.2/M39). Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 4. Februar 2010 wurde im Teil über die Beantwortung der gutachterlichen Fragen zum natürlichen Kausalzusammenhang ausgeführt, dass zusammenfassend aus somatisch-orthopädischer Sicht festzuhalten sei, dass das Ereignis vom 26. Juli 1997 als eine entscheidende Teilursache beziehungsweise als Ursache der Beschwerden des linken Kniegelenkes gesehen werde (act. 8.2/M74-S. 42).

Aufgrund der medizinischen Akten ist in Übereinstimmung mit der Vorinstanz festzuhalten, dass der behandelnde Hausarzt Dr. med. E___ im rund 12 Monate nach dem Unfall ergangenen ärztlichen Zwischenbericht lediglich seine persönliche Vermutung in Bezug auf die Kausalität äussert, angeblich basierend auf den Berichten von Dr. med. D___ . Letzterer äusserte sich in den erwähnten Berichten jedoch nicht zur Kausalität. Die Ärzte der Schulthess Klinik erwähnten sodann – rund 9 ½ Jahre nach dem Verkehrsunfall – nur eine vorwiegend wahrscheinliche Kausalität. Und das rund 12 ½ Jahre nach dem Motorradunfall verfasste MEDAS-Gutachten stellte eine Kausalität fest, ohne diese aber irgendwie zu begründen. Insofern ist in Würdigung der medizinischen Aktenlage der Auffassung der Vorinstanz zuzustimmen, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die geklagten Beschwerden am linken Knie gar nie eine Unfallkausalität bestand.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der Akten in Bezug auf das rechte und das linke Knie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall vom 26. Juli 1997 festgestellt werden kann. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

7. 7.1

Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 UVG).

7.2

Der im Hauptverfahren obsiegenden SUVA ist keine Parteientschädigung auszurichten (BGE 126 V 143 E. 4). Die Vorinstanz hat jedoch aus dem Verfahren betreffend Entzug der aufschiebenden Wirkung (act. 16, Verfahren Nr. ERV 17 52) dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten, weil auf das Gesuch nicht eingetreten wurde und die Kosten jener Verfügung praxisgemäss bei der Hauptsache verblieben. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 336.95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) – basierend auf einem Honorar von Fr. 300.-- plus 4% Barauslagen plus 8% Mehrwertsteuer – zu bezahlen.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 336.95 zu bezahlen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 3.12.18