

BVGer C-2904/2017 vom 14. August 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2904_2017

FR: TAF C-2904/2017 du 14 août 2019

IT: TAF C-2904/2017 del 14 agosto 2019

Regeste

Leistungsstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021). Bei der angefochtenen Verfügung des BAG vom 12. April 2017 handelt es sich um eine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG. Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Nach Art. 78a UVG des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung in der vorliegend anwendbaren Fassung vom 1. Januar 2013 (UVG, SR 832.20, in Kraft bis Dezember 2016) erlässt das BAG bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern eine Verfügung. Das BAG, welches vorliegend verfügt hat, ist im Sinne von Art. 33 lit. d VGG eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts; eine sachliche Ausnahme gemäss Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin (SWICA) hat am Verfahren vor der Vorinstanz teilgenommen, ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse, womit sie im Sinne von Art. 48 Abs. 1 lit. a bis c VwVG zur Beschwerde legitimiert ist. Ebenso hat die Beschwerdegegnerin (Helvetia) am Verfahren vor dem BAG teilgenommen. Die Verfügung des BAG in Anwendung von Art. 78a UVG greift in den Bestand ihrer Rechte und Pflichten ein. Sie ist mit der Kostenaufteilung, welche das BAG in seiner Verfügung vom 12. April 2017 vorgenommen hat, einverstanden, womit ihr Interesse darin besteht, dass die angefochtene Verfügung in Rechtskraft erwächst. Nach der Lehre gelten Verfahrensbeteiligte in diesem Sinn als Gegenparteien, die zur Bezahlung von Verfahrens- und Parteikosten verpflichtet werden können, wenn sie sich den Anträgen der beschwerdeführenden Partei mit eigenen Anträgen widersetzen (Alfred Kölz/Isabelle Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2. Auflage, Zürich 1998, Rz. 527 und 707). Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend Anträge gestellt und ist damit als Partei im Sinne von Art. 6 VwVG zu betrachten.

E. 1.3

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (vgl. Art. 50 ff. VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 5'000.- fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.4

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 1.5

Das Gericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. c UVG in der Fassung vom 1. Januar 2013 kommt im Verfahren um geldwerte Streitigkeiten zwischen Versicherern (Art. 78a UVG) das ATSG (SR 830.1) nicht zur Anwendung.

E. 2.2

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in formell-rechtlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze anwendbar, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 2.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gelten (vgl. BGE 130 V 329 E. 2.3). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 vor (AS 2016 4375, 4387), dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden.

E. 2.4

Da vorliegend die Leistungskoordination zwischen der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Versicherten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. Juli 2014 erbrachten Ansprüche strittig ist, sind demnach das UVG in der Fassung vom 1. Januar 2013 und das UVV in der Fassung vom 1. Januar 2013 anwendbar.

E. 3.1

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. April 2017, mit welcher die Vorinstanz entschied, dass die Helvetia der SWICA 60 % der vom 16. Juni 2015 bis zum Fallabschluss angefallenen Kosten aus dem Unfall vom 21. Juli 2014 zurückzuerstatten hat.

E. 3.2

Die vorliegend angefochtene Verfügung des BAG vom 12. April 2017 erging gestützt auf Art. 78a UVG. Nach der Rechtsprechung kommt die Verfügungszuständigkeit des BAG nach Art. 78a UVG in all jenen geldwerten Streitigkeiten zum Tragen, in denen ein Unfallversicherer, der gegenüber dem anderen Unfallversicherer keine Weisungsbefugnis besitzt, das BAG anruft, damit dieses über die streitige Leistungszuständigkeit entscheide (vgl. BGE 127 V 176 E. 4d; BGE 125 V 324 E. 1b). Dieser Rechtsweg steht namentlich dann offen, wenn ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen zwei Versicherern über die Leistungspflicht bezüglich eines Schadensereignisses vorliegt oder wenn ein Versicherer von einem anderen Versicherer Rückerstattung von gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen verlangt (vgl. BGE 127 V 176 E. 4d). Vorliegend handelt es sich um eine solche Streitigkeit, womit das BAG als sachlich und funktionell zuständige Behörde zurecht eine entsprechende Verfügung erlassen hat.

E. 4

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, welcher Unfallversicherer für die Folgen des Ereignisses vom 21. Juli 2014 ab dem 16. Juni 2015 (Operationsdatum) bis zum 24. März 2016 (Fallabschluss) leistungspflichtig ist und für die angefallenen Kosten aufzukommen hat. Die Swica geht von einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung und einem Ende ihrer Leistungspflicht zum Zeitpunkt des Operationsdatums aus. Zu diesem Zeitpunkt soll der Status quo ante wieder erreicht worden sein und der Vorzustand alleinige Ursache für den chirurgischen Eingriff dargestellt haben. Im Gegenzug ist die Helvetia der Ansicht, dass das neue Unfallereignis zu einer dauernden Verschlimmerung geführt hat, ein Defektzustand eingetreten ist, der das Erreichen des Status quo ante verunmöglicht hat. Zu klären ist dabei die Frage der natürlichen Kausalität, mithin ob und allenfalls in welchem Umfang die Knieoperation vom 16. Juni 2015 eine Konsequenz des Unfallereignisses vom 21. Juli 2014 und/oder der Vorunfälle darstellt. Für die Beantwortung dieser Frage erfolgen zunächst Ausführungen zur Kausalität (vgl. E. 5 hiernach) und zur Würdigung von Arztberichten (vgl. E. 6 hiernach). Anschliessend sind die Arztberichte aufzuführen (vgl. E. 7 hiernach) und einer Würdigung zu unterziehen (vgl. E. 8 hiernach). Schliesslich ist gestützt auf die Arztberichte die Kausalitätsfrage zu klären und die Konsequenzen festzuhalten (vgl. E. 9 hiernach).

E. 5

Es folgen Ausführungen zur Kausalität.

E. 5.1

Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers nach UVG ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorausgesetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich ist, 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 (Teilursache), der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (conditio sine qua non, vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1; BGE 126 V 353 E. 5c; BGE 119 V 335

E.1; BGE 118 V 286 E. 1b m.H.; RKUV 2000 U 377 S. 185 E. 4a). Die natürliche Kausalität ist dabei anhand von Arztberichten festzustellen.

E. 5.2

Laut Bundesgericht sind auch Umstände massgebend, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung (*conditio sine qua non*) darstellte. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Ist der Unfall eine anspruchsbegründende Teilursache und nicht bloss eine (anspruchshindernde) Gelegenheits- oder Zufallsursache, ist der obligatorische Unfallversicherer bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante und damit Wegfall einer Teilursächlichkeit leistungspflichtig (Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4. Juni 2018 E. 4.2; BGer 8C_847/2016 vom 5. April 2017 E. 5.3.2 m.H.; BGer 8C_337/2016 vom 7. Juli 2016 E. 4.1.2; BGer 8C_788/2010 vom 8. Februar 2011 E. 10.2 je m.H.).

E. 5.3

Die adäquate Kausalität dient der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.3; BGE 127 V 102 E. 5b/aa; BGE 117 V 369 E. 4a, je m.H.). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 126 V 353 E. 5c; BGE 122 V 415 E. 2a; BGE 121 V 45 E. 3a; BGE 117 V 359 E. 5a; BGE 115 V 133 E. 4a; RKUV 1997 U 272 S. 172 E. 3a; SVR 1999 UV Nr. 14 S. 45 E. 4a). Die Adäquanz spielt im Bereich klar ausgewiesener organischer (physischer) Unfallfolgen, wie vorliegend, kaum eine Rolle (BGE 127 V 102 E. 5b/bb m.H.; BGE 117 V 359 E. 5 und 6; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45 E. 2b).

E. 5.4

Ist die Unfallkausalität mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des (verbleibenden) Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder

kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (vgl. RKUV 1994 U 206 S. 328 f. E. 3b; RKUV 1992 U 142 S. 75 f. E. 4b; Urteil des EVG vom 14. Juni 2004 [U 76/04] E. 3.1 m.H.). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinischerseits fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine «richtungsgebende Verschlimmerung» (Urteile BGer 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2; BGer 8C_240/2016 vom 13. Juli 2016 E. 3).

E. 6

Nachfolgend werden die Beweisregeln dargestellt.

E. 6.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] in Verbindung mit Art. 19 VwVG). Danach haben Versicherungsträger, Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wurde (vgl. Urteil BVGer C-682/2015 vom 13. Februar 2019 E. 5.3).

E. 6.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten nachvollziehbar begründet sind (vgl. Urteil BVGer C-682/2015 vom 13. Februar 2019 E. 5.3).

E. 7

Den Vorakten sind die nachstehenden medizinischen Informationen zu entnehmen:

E. 7.1

Aus der Unfallmeldung vom 16. September 1993 (Akten Helvetia M1) ergibt sich, dass der Versicherte seit dem 25. Februar 1991 beim Restaurant B._____ angestellt und bei der National Versicherung Basel (heute Helvetia) versichert war. Am 6. September 1993 verletzte er sich beim American Football das Kreuzband am linken Knie.

E. 7.2

Der erstbehandelnde Arzt, Dr. D._____, Assistenzarzt der Notfallklinik, berichtete am 22. September 1993 (Akten Helvetia M2), beim Football sei es zu einer Rotationsbewegung des linken Knies mit einschliessenden starken Schmerzen gekommen. Anamnestisch schloss Dr. D._____ eine Blockade des Knies aus. Als Befund erhob er: kein Kniegelenkserguss, Druckdolenz im Bereich des medialen Seitenbandes des linken Knies, keine Schublade verifizierbar, Lachmantest nicht beurteilbar wegen Adipositas per magna. Schmerzen bei Aussenrotation des Unterschenkels und bei Flexion des linken Knies. Im Röntgenbild sei keine Fraktur im Bereich des linken Knies feststellbar gewesen. Es liege eine Distorsion im Bereich des linken Knies vor, welche ausschliesslich unfallbedingt sei. Der Patient sei vollständig arbeitsunfähig.

E. 7.3

Nachdem die Notfallklinik die Behandlung nach 10 Tagen abgeschlossen hatte, stellte sich der Versicherte bei Dr. E._____, Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie, vor, welcher am 26. Oktober 1993 (Akten Helvetia M3) feststellte, dass die Einklemmerscheinungen für eine Meniskusläsion sprechen würden, weshalb er den Patienten zur Arthroskopie und allfälligen Korrekturoperation ans Kantonsspital F._____ zugewiesen habe.

E. 7.4

Am 1. Dezember 1993 (Akten Helvetia M4) operierte Prof. Dr. G._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, den Versicherten. Dabei nahm er eine arthroskopische Meniskusnaht vor und implantierte eine vordere Kreuzbandersatzplastik.

E. 7.5

Gegenüber Dr. E._____ berichtete Prof. Dr. G._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, am 13. Dezember 1993 (Akten Helvetia M5) er habe eine vordere Kreuzbandruptur links und ein basisnaher Längsriss des lateralen Meniskushinterhorns links vorgefunden, was er mit vorderer Kreuzbandplastik versorgt habe. Die Operation sei per- und postoperativ völlig komplikationslos verlaufen. Der Patient sei mit Stöcken und einer abnehmbaren Neofract-Schiene nach Hause entlassen worden.

E. 7.6

Mit Zwischenbericht vom 14. Dezember 1993 (Akten Helvetia M6) teilte Dr. E._____, Spezialarzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, der Helvetia mit, der Versicherte leide an Kreuzbandruptur links und Meniskushinterhornläsion. Beim Heilungsverlauf würden keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Es liege weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor.

E. 7.7

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 26. Januar 1994 (Akten Helvetia M7) hielt Dr. E._____, Spezialarzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, fest, es sei noch nicht sicher zu beurteilen, ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei.

E. 7.8

Prof. Dr. G._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erkannte am 28. Februar 1994 (Akten Helvetia M8) einen problemlosen postoperativen Verlauf, volle Flexion/Extension bei guter Stabilität und attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 7.9

Dr. D. _____ erstatte am 11. März 1994 (Akten Helvetia M9) einen ärztlichen Zwischenbericht und führte als postarthroskopische Diagnose auf: vollständige vordere Kreuzbandruptur, kleiner Längsriss im lateralen Meniskushinterhorn des linken Knies, oberflächliche kleine Knorpelschädigung am medialen Femurconylus. Nach anfänglich konservativer Therapie werde der Patient durch den Hausarzt Dr. E. _____, Spezialarzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, zugewiesen, wegen schmerzhaften Giving-way-Ereignissen. Deshalb werde am 5. November 1993 eine ambulante diagnostische Arthroskopie durchgeführt.

E. 7.10

Im ärztlichen Zwischenbericht des Kantonsspitals F. _____, Chirurgische Poliklinik vom 15. Mai 1994 (Akten Helvetia M10) äusserte Dr. H. _____ den Verdacht auf mediale Seitenbandläsion und Meniskusläsion medial links. Es bestünden deutliche Schmerzen bei Belastung im Bereich des medialen Seitenbandes des linken Knies und Druckdolenzen über dem Ligamentum collaterale mediale mit schwer objektivierbarem Erguss, wobei Schmerzen und Druckdolenzen im Verlauf abnehmen würden. Die gegenwärtige Therapie bestehe aus lokaler antiphlogistischer Therapie und Stöcke. Es sei kein bleibender Nachteil zu erwarten.

E. 7.11

Prof. Dr. G. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte am 22. Juni 1994 (Akten Helvetia M11), Status nach Ruptur vorderes Kreuzband und Abriss medialer Meniskus Knie links. Am 1. Dezember 1993 sei eine Arthroskopie, eine arthroskopische Meniskusnaht und eine vordere Kreuzbandersatzplastik durchgeführt worden. Bei der letzten Kontrolle am 25. April 1993 habe eine gute Flexion/Extension bei noch etwas reduziertem Quadrizeps bestanden. Der Patient mache jetzt Bodybuilding. Er sei theoretisch ab 1. März 1994 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben (stellenlos). Ab Mitte April 1994 dürfte die volle Arbeitsfähigkeit erreicht worden sein.

E. 7.12

Aus dem Operationsbericht vom 29. Dezember 1994 (Akten Helvetia M12.1) von Dr. I. _____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, geht hervor, dass es beim stark übergewichtigen Patienten in den letzten Wochen zu mehrfachen Blockaden des linken Knies gekommen war. Das Knie war geschwollen, und es konnte ein Erguss nachgewiesen werden. Es bestehe ein mässiges Instabilitätsgefühl. Bei der arthroskopischen Inspektion finde man eine geringfügige Chondromalazie der Patella bei normalem Patellagleiten. Das mediale Kniekompartiment sei intakt, nicht verstärkt klappbar, unauffälliger medialer Kniegelenksmeniskus. Vorderes Kreuzband (Transplantat) etwas dissoziiert, aufgefasert, jedoch funktionstüchtig. Ein kleines adhärentes knöchernes Element distal werde mit dem Arthroskopieinstrument entfernt. Der laterale Kniegelenksmeniskus weise einen vollständigen, relativ peripher gelegenen Längsriss auf, der vom Hinterhorn bis zum Beginn des Vorderhornes reiche. Eine Naht des Meniskus scheine ausgeschlossen zu sein, da die periphere Partie des Meniskus ebenfalls degeneriert sei und sogar einen Tangentialriss aufweise. Deswegen werde eine Teilmeniskektomie durchgeführt, wobei der knorpelhaltige Anteil des Meniskus entfernt werde.

E. 7.13

Dr. E._____, Spezialarzt FMH für Chirurgie und Orthopädie, berichtete am 6. Januar 1995 (Akten Helvetia M12), seit einigen Monaten bestehe eine zunehmende Blockadetendenz, unter starken Schmerzen seit 19. Dezember 1994. Er attestierte am 16. Januar 1995 (Akten Helvetia M14) eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 18. Januar 1995. Als bleibender Nachteil sei mit weiterer Verschlechterung in den nächsten Jahren zu rechnen. Der Patient sei bei Dr. I._____ in weiterer Kontrolle (Akten Helvetia M15).

E. 7.14

Am 10. Januar 1995 (Akten Helvetia M13) berichtete Dr. I._____, er habe am 28. Dezember 2014 eine Arthroskopie des linken Kniegelenkes und eine arthroskopische Teilmenishektomie des lateralen Meniskus durchgeführt.

E. 7.15

Am 28. Februar 1995 (Akten Helvetia M16) konstatierte Dr. I._____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, die Schmerzen seien unterdessen verschwunden und die Kniebeweglichkeit weitgehend normal. Es liege keine Schwellung, kein Erguss und keine wesentliche Instabilität des Knies vor. Die Behandlung sei abgeschlossen. Seit Januar 1995 bestehe eine 50%ige und ab 13 März 1995 eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Als bleibender Nachteil sei im Rahmen der Kreuzbandrekonstruktion mit einer leichten lateralen Instabilität nach lateraler Menishektomie zu rechnen.

E. 7.16

Gemäss ärztlichem Zwischenbericht von Dr. I._____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, vom 6. Juni 1995 (Akten Helvetia M17) zog sich der Versicherte am 17. Mai 1995 eine Distorsionsverletzung desselben Knies zu. Es handle sich um eine erneute, aber nicht schwerwiegende Verletzung des vorgeschädigten linken Knies (Giving-way-Phänomen bei Instabilität). Das erneut durchgeführte Röntgenbild zeige keine zusätzliche Information. Die Verletzung werde mit abschwellenden Massnahmen und Ruhigstellung behandelt. Die Arbeitsaufnahme sei noch nicht vorgesehen. Bleibender Nachteil sei Instabilität des Knies und zunehmende Gonarthrose.

E. 7.17

Gemäss Unfallmeldung vom 13. November 1997 (Akten Helvetia M18) verspürte der Versicherte am 4. November 1997 beim Treppensteigen einen Stich im linken Knie, was aufgrund der Anschwellung des Knies und der Schmerzen zu einer Arbeitsunfähigkeit führte.

E. 7.18

Es liegen Röntgenbilder des Knies vom 8. Januar 1996 (Akten Helvetia M19.1, M19.2) und vom 17. Mai 1995 (Akten Helvetia M19.3, M19.4) vor.

E. 7.19

Gemäss Aktennotiz von Dr. J._____ vom 11. Juli 1997 (Akten Helvetia M22) sind die Beschwerden des Versicherten auf den Unfall von September 1993 zurückzuführen.

E. 7.20

Am 5. November 1997 erkannte Dr. K._____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie speziell Handchirurgie (Akten Helvetia M19), der Patient habe beim Treppenhinuntersteigen am 4. November 1997 ein erneutes Minitrauma erlitten. Bei der

Untersuchung habe sich keine Druckdolenz und ein stabiles Knie, vor allem Stabilität des vorderen Kreuzbandes, gezeigt. Im Moment kein Erguss, aber Schmerzen, sobald der Patient selber versuche, das Knie zu beugen und zwar schon gegen die Schwerkraft, sobald er etwa 90° erreiche. Als Prozedere hielt Dr. K. _____ fest, so gehen, dass keinerlei Schmerzen und Hinken auftreten, mit einem Stock, das linke Bein begleitend. Der Patient sei zurzeit 100 % arbeitsunfähig. Sobald er das Bein gestreckt ohne Schmerzen anheben könne, könne er wieder zur Arbeit gehen. Am 26. Januar 1998 (Akten Helvetia M21) hielt Dr. K. _____ als bleibenden Nachteil eine Arthrose fest.

E. 7.21

Ärztliches Zeugnis vom 30. Juli 2014 (Akten SWICA 1) von Dr. L. _____, wonach vom 26. Juli 2014 bis zum 10. Juli 2014 eine vollständige und vom 21. Juli 2014 bis zum 25. Juli 2014 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestand.

E. 7.22

Am 31. Juli 2014 (Akten Helvetia S4; Akten SWICA 2) wurde im Spital M. _____ ein MRT des linken Knies durchgeführt, welches ergab: bei Status nach VKB-Plastik vollständig rupturiertes Implantat mit konsekutiv anguliert verlaufendem und volumenvermehrtem hinteren Kreuzband im Rahmen der Instabilität. Die übrigen ligamentären Strukturen sind intakt. Komplexer Einriss am lateralen Meniskushinterhorn bei wahrscheinlich Status nach medialer und lateraler Teilmenishektomie. Fortgeschrittene degenerative Veränderungen im medialen und lateralen, geringer ausgeprägt auch im retropatellaren Kompartiment mit teils grösseren Knorpeldefekten in der Hauptbelastungszone und teils angrenzendem Knochenmarködem als Ausdruck der Aktivierung. Nachweis mehrerer freier intraartikulärer Gelenkkörper. Bei negativer Traumaanamnese primär aktiviert-degenerative Veränderungen tibiofibular.

E. 7.23

In der Schadenmeldung vom 4. August 2014 (Akten Helvetia S1; Akten SWICA 3) wurde festgehalten, dass der Versicherte am 21. Juli 2014 auf nassem Boden ausgerutscht sei und sich dabei das linke Knie verletzt habe. Die Arbeit wurde in der Folge ausgesetzt.

E. 7.24

Am 15. August 2014 (Akten Helvetia S2; Akten SWICA 6) hielten Dr. N. _____ und Dr. O. _____ vom Spital M. _____ als Hauptdiagnose fest, posttraumatische lateralbetonte Valgusgonarthrose mit lateraler Meniskushinterhornläsion Knie links (Kniedistorsion am 21. Juli 2014), Reruptur VKB-Ersatzplastik, Status nach Meniskusresektion und VKB-Plastik Knie links 1993, Status nach arthroskopischer Teilmenishektomie Knie links 1996. Sie beurteilten, beim Patienten bestehe eine fortgeschrittene posttraumatische und durch die gewichtsbedingte Überlastung aggravierte lateralbetonte Pangoarthrose links. Mit dem Patienten seien die möglichen konservativen und operativen Möglichkeiten diskutiert worden. Der Patient habe sich für einen Gelenkersatz entschieden. Als Operationstag sei der 14. Oktober 2014 in der Klinik P. _____ vereinbart worden.

E. 7.25

Dr. N. _____ hielt am 20. August 2014 (Akten Helvetia ohne Doc-Nummer) als Eintrittsdiagnose fest M17.3 (sonstige posttraumatische Gonarthrose, Arthrose des Kniegelenks) und M23.33 (Schädigung des Innenmeniskus).

E. 7.26

Auf Befragung seitens der SWICA äusserte der Versicherte am 1. Oktober 2014 (Akten SWICA 11), die Kniebeschwerden nach dem Unfall von 1993 seien komplett ausgeheilt. Restbeschwerden seien nicht vorgelegen. Der Meniskusriss am linken Knie im Jahr 1996 sei ohne Restbeschwerden ausgeheilt. Seither habe er keinerlei Beschwerden mit dem linken Knie gehabt.

E. 7.27

Im schlecht lesbaren Arztzeugnis vom 17. Oktober 2014 (Akten Helvetia S5; Akten SWICA 18) attestierte Dr. L. _____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 26. Juli 2014. Es sei eine Operation des linken Knies notwendig, da der Patient am 21. Juli 2014 auf nassem Boden ausgerutscht sei und sich eine Distorsion des linken Knies zugezogen habe. Es bestehe der Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion.

E. 7.28

Dr. Q. _____, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, nahm am 5. November 2014 (Akten Helvetia M22.1, S10; Akten SWICA 24), nach Einsicht in den MRI-Bericht vom 31. Juli 2014, die orthopädische Beurteilung vom 11. und 20. August 2014 und den Bericht vom 1. Oktober 2014, eine Aktenbeurteilung vor. Der Patient sei am 21. Juli 2014 auf nassem Boden ausgerutscht und habe sich ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenkes zugezogen. Vor diesem Ereignis sei der Versicherte gemäss eigenen Angaben bezüglich seines linken Knies im Wesentlichen beschwerdefrei gewesen. Als Diagnosen führte Dr. Q. _____ auf: Pangonarthrose am linken Kniegelenk bei Status nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes und Teilmeniskektomie, Status nach Distorsionstrauma des linken Kniegelenks am 21. Juli 2014 mit rupturiertem vorderen Kreuzbandtransplantat und komplexer lateraler Meniskusläsion bei Zustand nach medialer und lateraler Teilmeniskektomie, Adipositas per magna. Dr. Q. _____ konstatierte, die vom Patienten subjektiv beklagten Beschwerden könnten anhand der Unterlagen objektiviert werden. Der Patient leide unter Beschwerden im Rahmen einer posttraumatischen Pangonarthrose links. Aufgrund dieser Arthrose im linken Kniegelenk und zusätzlich bestehender massiver Adipositas habe sich der Patient zur Implantation einer Knie totalprothese entschlossen. Der Eingriff sei unterdessen wahrscheinlich durchgeführt worden. Durch eine Operation mit Implantation einer Knie totalprothese sei mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung zu rechnen. Weitere spezielle Massnahmen seien im Moment nicht nötig. Der Unfall vom 21. Juli 2014 sei nicht die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Der Unfall vom 20. Juli 2014 (recte 21. Juli 2014) sei nicht die Ursache der geplanten Operation vom 4. November 2014. Die Ursache für diese Operation sei die vorbestehende fortgeschrittene Pangonarthrose am linken Kniegelenk, welche letztendlich auf die Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Zustand nach Teilmeniskektomie medial und lateral zurückzuführen sei. Die möglicherweise durch diesen Unfall verursachte Läsion des Transplantates und die Läsion des lateralen Meniskus spiele für die Operationsindikation keine Rolle. Die Meniskusläsion lateral sei aller Wahrscheinlichkeit nach zudem vorbestehen und degenerativ bedingt. Im MRI würden sich Zeichen einer bereits vorbestehenden Instabilität am Kniegelenk zeigen, so dass davon auszugehen sei, dass auch die vordere Kreuzbandersatzplastik bereits vor diesem Unfallereignis nicht suffizient gewesen sei. Die Hauptdiagnose sei eindeutig diese Pangonarthrose. Die durch den Unfall vom 21. Juli 2014 verursachte Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung sei vor Durchführung der Operation abgeheilt gewesen. Auch ohne

den Unfall vom 21. Juli 2014 wären Beschwerden im Rahmen der Pangoarthrose am linken Kniegelenk des Patienten überwiegend wahrscheinlich früher oder später im heutigen Ausmass aufgetreten. Postoperativ sei mit einer Arbeitsunfähigkeit im Beruf des Patienten von mindestens 3-4 Monaten zu rechnen. Eine gewisse, bleibende Reduktion der Belastbarkeit des linken Kniegelenkes werde resultieren; es könne nicht garantiert werden, dass der Patient in dieser doch anstrengenden Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig werde.

E. 7.29

Der Vertrauensarzt der Helvetia, Dr. R. _____, setzte diese am 17. März 2015 (Akten Helvetia M23, S14A) darüber in Kenntnis, dass die massive Pangoarthrose am linken Knie vorbestehend sei und neu rupturiertes vorderes Kreuzband und Transplantat, sowie wahrscheinlich auch komplex gerissener lateraler Meniskus vorhanden seien. Der Status quo sine sei wegen der Instabilität nicht erreicht worden, womit eine Verschlechterung der Pangoarthrose gegeben sei. Solange der Status quo sine nicht erreicht sei, bestehe eine Teilkausalität und die SWICA bleibe verantwortlich.

E. 7.30

Eintrittsdiagnose der Klinik P. _____ für Orthopädie und Chirurgie vom 10. Juni 2015 (Akten SWICA 67 Beilage 2) ICD-10 M17.3 (sonstige posttraumatische Gonarthrose) und ICD-10 M23.39 (Meniskusschädigung). 7.31 Ärztliche Verordnung für eine stationäre Rehabilitation der Klinik P. _____ vom 11. Juni 2015 (Akten SWICA 67) wegen posttraumatischer Gonarthrose links. 7.32 Aus dem Arztbericht von Dr. S. _____ und Dr. T. _____ vom 30. Juni 2015 (Akten Swica 71) und vom 23. Juli 2015 (Akten SWICA 76) ergeben sich die folgenden Diagnosen: posttraumatische Valgusgonarthrose links mit lateraler Meniskushinterhornläsion Knie links, Ruptur der VKB-Ersatzplastik, Status nach Kniedistorsion links am 21. Juli 2014, Status nach arthroskopischer Teilmenisektektomie Knie links 1996, Status nach Meniskusresektion und VKB-Plastik Knie links 1993, Knie-TEP links am 16. Juni 2015, Verdacht auf Arthrofibrose linkes Kniegelenk, mikrozytäre hypochrome Anämie bei bekannter Thalassämia minor, Eisenmangel und normwertigem Vitamin B12, Adipositas WHO III (initial 223kg, BMI72), Status nach laparoskopischer Sleeve-Gastrektomie 11/2010 mit rezidivierendem Substitutionsbedarf an Vitamin D, Zink und Calcium, Schlafapnoesyndrom in Remission, degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, Aponeuritis plantaris in Remission, Meniskusläsion und Tumor rechtes Knie (ED 05/2011) mit Status nach Operation 8/2011, chronischer Lumbago, Status nach Umbilikalhernienplastik bei inkarzierter Umbilikalhernie 11/2011. Die Ärzte berichteten, der Versicherte sei am 24. Juni 2015 nach der Knieoperation zur stationären Rehabilitation aufgenommen worden. Der Patient habe am 21. Juli 2015 nach Hause entlassen werden können. 7.33 Bericht Dr. O. _____ vom 29. Juli 2015 (Akten SWICA 80) mit der Eintrittsdiagnose ICD-10 M25.66 (Kniegelenkssteife). 7.34 Diverse undatierte Unfallscheine von Dr. N. _____/Dr. L. _____, Orthopädie und Traumatologie, (Akten SWICA 9, 10, 28, 31, 37, 44, 55, 70, 88), wonach der Versicherte wegen dem Ereignis vom 21. Juli 2014 vom 26. Juli 2014 bis zum 4. September 2015 vollständig arbeitsunfähig war. 7.35 Aus dem Bericht von Dr. O. _____ an Dr. L. _____ vom 5. August 2015 (Akten SWICA 86) geht hervor, dass der Versicherte am 4. August 2015 wegen Kniestife nach Knie-TEP links operiert wurde. Es wurde intraartikuläre Installation und periartikuläre Infiltration Knie links sowie Mobilisation in Narkose durchgeführt. Dr. O. _____ erkannte, während der Knie-TEP-Operation habe sich beim massiv adipösen Patienten eine generelle starke

Vernarbung gezeigt, und entsprechend gross sei der sekundäre Eingriff gewesen. Bei dieser Konstellation sei nun die Flexion ungenügend. 7.36 Im Aktengutachten vom 10. August 2015 (Akten Helvetia M24, S21.1; Akten SWICA 87) fasste Dr. C._____, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Vorakten zusammen und nahm dahingehend Stellung, als er ausführte, der Versicherte habe am 6. September 1993 ein erhebliches Distorsionstrauma beim American Football erlitten. Hier sei es zu einer vollständigen vorderen Kreuzbandruptur sowie zu einer lateralen Meniskusruptur gekommen. Diese Kniegelenksbinnenverletzung sei als ein erheblicher Schaden zu werten mit hoher Instabilität, durch die Ruptur des vorderen Kreuzbandes und gleichzeitig Verletzung des lateralen Meniskus, sowie Knorpelschädigung. Die vom Versicherten in der postoperativen Folge beklagten Restbeschwerden seien auf eine Insuffizienz der lateralen Meniskus-Fibrinklebung zurückzuführen und würden zudem auf eine residuelle Instabilität hinweisen. Es sei bereits von Dr. I._____ am 5. Juni 1995 von einer wesentlichen Instabilität berichtet worden. In der Folge sei am 28. Dezember 1994 eine Teilmeniskektomie durchgeführt worden. Die Literatur zeige, dass Längsrisse nach Fibrinklebung in weniger als 50 % der Fälle ausheilen würden. Dieser Eingriff sei als Folgeeingriff in Bezug auf das stattgefundenere Distorsionsereignis vom 6. September 1993 zu werten. Die Teilentfernung des lateralen Meniskus führe dazu, dass sich das Risiko einer sekundären Arthrose erheblich erhöhe und auch von einer verbleibenden Restinstabilität auszugehen sei. Das Unfallereignis vom 21. Juli 2014 sei keine überwiegend wahrscheinliche, sondern nur mögliche Mitursache für die operative Sanierung des Knies mittels Totalprothese. 7.37 Dr. L._____ setzte die SWICA am 7. September 2015 (Akten SWICA 89) darüber in Kenntnis, dass der Versicherte vom 2. Februar 2015 bis mindestens September 2015 vollständig arbeitsunfähig sei. 7.38 Dr. R._____ beurteilte am 29. September 2015 (Akten Helvetia M24, S25.1) das Gutachten von Dr. C._____ dahingehend, dass dieses nicht schlüssig, sondern widersprüchlich sei. Dr. C._____ spreche auf Seite 7 selber davon, dass es durch das Ereignis vom 14. Juli 2014 zu einer richtungsgebenden Veränderung gekommen sei.

E. 8

Die Parteien und die Vorinstanz äusserten sich zu den Arztberichten, wie folgt:

E. 8.1

In der Verfügung vom 12. April 2017 (BVGer act. 1/1) hielt das BAG fest, alle medizinischen Berichte und Beurteilungen würden eine massive Vorschädigung des linken Knies bestätigen. Allein in zeitlicher Hinsicht stehe fest, dass die massive Gonarthrose nicht auf den Unfall vom 21. Juli 2014, sondern allein auf die früheren Knieverletzungen zurückzuführen seien, da eine entsprechende Entwicklung innert weniger Monaten medizinisch ausgeschlossen sei. Auch wenn ein massiver Vorzustand gegeben gewesen sei, könne dem Unfall vom 21. Juli 2014 auf der anderen Seite nicht jede Bedeutung für die gesundheitlichen Folgen abgesprochen werden. Vielmehr müsse ihm eine teilkasuale Bedeutung zugerechnet werden, indem die Kniedistorsion zu einer Reruptur der Kreuzbandplastik sowie zu einer weiteren Meniskusläsion geführt habe. Entgegen der Annahme von Dr. C._____ könne bezüglich der Mitverursachung durch den Unfall vom 21. Juli 2014 nicht bloss von einer rechtlich unbeachtlichen Möglichkeit gesprochen werden. Ebenso könne die Einschätzung von Dr. Q._____ vom 5. November 2014 nicht geteilt werden, wonach die Notwendigkeit einer Knietotalprothese ausschliesslich durch die fortgeschrittene Pangonarthrose bedingt sei, da sie auf der unzutreffenden Annahme beruhe,

dass der Unfall vom 21. Juli 2014 nur möglicherweise zur Läsion des Transplantates und der weiteren Läsion des lateralen Meniskus beigetragen habe. Sowohl Dr. L. _____ als auch Dr. S. _____ hätten eine Reruptur der VKB-Plastik sowie Meniskusläsion diagnostiziert. Eine erhebliche Auswirkung des Unfalles vom 21. Juli 2014 werde auch im Radiologiebericht des Spital M. _____ vom 31. Juli 2014 erwähnt. Eine Teilkausalität werde selbst von Dr. C. _____ bejaht, indem er ausgeführt habe, der Unfall vom 21. Juli 2014 sei nicht die alleinige Ursache der Knieprothese. Aus den medizinischen Akten gehe unzweifelhaft hervor, dass der Unfall vom 21. Juli 2014 teilsächlich für die Knieprothese gewesen sei. Massgebend für die Beurteilung seien alle Beweismittel bzw. verfügbaren Unterlagen, nicht nur die Aktenbeurteilungen von Dr. C. _____ und Dr. Q. _____, auf welche sich die Beschwerdeführerin beschränke. Es seien keine weiteren Beweismassnahmen geeignet, am Beweisergebnis etwas zu ändern.

E. 8.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor (BVGer act. 1), für die Begründung des erreichten Status quo sine vel ante per 16. Juni 2015 sei einerseits auf die beweiswertige Aktenbeurteilung von Dr. Q. _____ vom 4. November 2014 und andererseits auf die Aktenbeurteilung von Dr. C. _____ vom 10. August 2015 abzustellen. Dr. C. _____ habe die Frage 5.3.4. nach dem Status quo ante zwar mit «nein, der Status quo ante ist nicht erreicht worden» beantwortet, lese man diese Antwort jedoch im Gesamtzusammenhang mit den übrigen Ausführungen und Antworten im Gutachten, insbesondere mit der Antwort auf die Frage 5.3.5. nach dem Status quo sine, gehe unmissverständlich hervor, dass Dr. C. _____ den Status quo sine vel ante auf das Ereignis vom 6. September 1993 und nicht auf das Ereignis vom 21. Juli 2014 bezogen habe. So beziehe sich auch seine Antworten auf die Frage 6.1.5 wiederum auf das Ereignis vom 6. September 1993 und nicht vom 21. Juli 2014. Demzufolge könne es sich bei den «Nein-Antworten» von Dr. C. _____ betreffend Erreichen des Status quo sine vel ante nur um eine offensichtliche Verwechslung in Bezug auf das Ereignis handeln. Die Ausführungen von Dr. C. _____ seien insgesamt schlüssig, nachvollziehbar und ausführlich begründet. Die knappe Kurznotiz des beratenden Arztes der Helvetia, enthalte keine Begründung und könne daher die ausführlich dargelegten und nachvollziehbar begründeten externen Fachgutachten von Dr. C. _____ und Dr. Q. _____ nicht entkräften. Aufgrund der Aktenbeurteilung von Dr. Q. _____ und Dr. C. _____ habe die Beschwerdeführerin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Beweis erbracht, dass die Operation vom 16. Juni 2015 nicht auf das Unfallereignis vom 21. Juli 2014 zurückzuführen sei, bzw. die natürliche Kausalität per 16. Juni 2015 weggefallen sei und somit ab 16. Juni 2015 keine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin mehr bestehe. Indem das BAG in seiner Verfügung vom 12. April 2017 aufgrund der medizinischen Aktenlage, ohne weitere medizinische Beurteilung, eine eigene Kausalitätsbeurteilung vorgenommen habe, habe sie das Ermessen überschritten bzw. missbraucht. Replikweise ergänzte die SWICA (BVGer act. 13), entgegen den Ausführungen der Vorinstanz würden keine alternativen Ursachen vorliegen, vielmehr sei der Wegfall der Kausalität angesichts der rechtsgenügenden Aktenbeurteilung von Dr. Q. _____ und Dr. C. _____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht.

E. 8.3

Die Helvetia hielt dagegen (BVGer act. 10), gestützt auf das Parteigutachten von Dr. Q. _____ und das externe Gutachten von Dr. C. _____ könne keine rechtsgenügende

Beurteilung der Kausalität der Leistungen ab Operationsdatum vorgenommen werden. Dem Gutachten von Dr. Q. _____ sei kein voller Beweiswert zuzuerkennen. Die Ausführungen von Dr. C. _____ seien nicht schlüssig. So habe der Gutachter ausser Acht gelassen, dass der Versicherte für einen längeren Zeitraum seit der erfolgreichen Behandlung des Ereignisses von 1993 und dem neuen Unfall 2014 über keinerlei Beeinträchtigung hinsichtlich des linken Knies berichtet habe. Zudem habe er seine Beurteilung darauf abgestützt, dass das linke Knie vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 instabil gewesen sei, was sich jedoch nicht mit den Ausführungen von Dr. I. _____ vom 29. Dezember 1994 decke, welcher ein mässiges Instabilitätsgefühl festhielt und von Dr. K. _____, welcher am 5. November 1997 von einem stabilen Knie bzw. Stabilität des vorderen Kreuzbandes berichtet habe. Der Versicherte habe erst nach dem Unfall von 2014 über eine rezidivierende schmerzhafte Instabilität geklagt, was Dr. C. _____ nicht berücksichtigt habe. Es treffe zwar zu, dass die Stellungnahme von ihrem beratenden Arzt Dr. R. _____ kurz sei, indes sei sie ausreichend, um die Mängel der von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Aktenbeurteilungen von Dr. Q. _____ und Dr. C. _____ aufzuzeigen. Insbesondere seien daraus die Widersprüche im Aktengutachten von Dr. C. _____ ersichtlich. Ohne das Ereignis vom 21. Juli 2014 wäre es im annähernd gleichen Zeitpunkt zu keiner Ruptur der VKB-Plastik gekommen, denn angesichts der medizinischen Aktenlage, sei nicht belegt, dass das Ereignis vom 21. Juli 2014 auf einen derart labilen, prekären Vorzustand im linken Knie getroffen habe, dass jederzeit mit dem Eintritt der Schädigung zu rechnen gewesen wäre. Das Ereignis vom 21. Juli 2014 sei nicht bloss Gelegenheits- oder Zufallsursache, weshalb die Beschwerdeführerin bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante für die Heilungskosten und Taggelder aufzukommen habe.

E. 8.4

Den Vorbringen der Parteien und der Vorinstanz gegen die Gutachten von Dr. C. _____, Dr. R. _____ und Dr. Q. _____ ist beizupflichten. Die Stellungnahme von Dr. R. _____ ist knapp ausgefallen, Dr. Q. _____ nimmt keinen Bezug zu den Vorakten und das externe Gutachten von Dr. C. _____ ist widersprüchlich. Für eine weite Auslegung des Gutachtens von Dr. C. _____, wie dies von der Beschwerdeführerin vorgenommen wurde, bleibt kein Raum. Folglich erfüllen diese Berichte die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht (vgl. E. 6.2 hiervor). Auch wenn ihnen kein voller Beweiswert zukommt, sind sie jedoch beachtlich, da sie wichtige Hinweise enthalten. So geht aus ihnen hervor, dass bereits vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 beim linken Knie eine posttraumatische Pangoarthrose vorlag, was sich mit den Behandlungsberichten deckt. So berichtete Dr. O. _____ am 15. August 2014 (Akten Helvetia S2; Akten SWICA 6), es bestehe eine fortgeschrittene posttraumatische Pangoarthrose links. Da bereits Dr. I. _____ am 6. Juli 1995 (Akten Helvetia M17) und Dr. K. _____ am 5. November 1997 (Akten Helvetia M19) die Diagnose Arthrose als bleibenden Nachteil festhielten, ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Pangoarthrose auf die Vorunfälle zurückzuführen ist und nicht auf den Unfall vom 21. Juli 2014. In Bezug auf den komplex eingerissenen Meniskus erachtete Dr. R. _____ (Akten Helvetia M23, S14A), dieser sei wahrscheinlich neu. Dr. R. _____ ging folglich davon aus, dass diese Schädigung wahrscheinlich auf den Unfall vom 21. Juli 2014 zurückzuführen ist. Auch Dr. Q. _____ war der Ansicht (Akten Helvetia M22.1, S10; Akten SWICA 24), dass wahrscheinlich der Unfall vom 21. Juli 2014 die Läsion des lateralen Meniskus verursacht habe. Die Äusserungen von Dr. C. _____ hierzu sind widersprüchlich (Akten Helvetia M24, S21.1; Akten SWICA 87). Einerseits

nahm Dr. C._____ dahingehend Stellung, dass die am 31. Juli 2014 durchgeführten Abklärungen ergeben hätten, dass eine erneute Läsion des lateralen und nun auch des medialen Meniskus vorliegen würde. Andererseits widersprach er sich indem er annahm, das Distorsionstrauma vom 21. Juli 2014 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer medialen und lateralen Meniskusverletzung geführt und sei als vorbestehen einzustufen. Diese Einschätzung relativierte Dr. C._____, indem er vorbrachte, der Unfall vom 21. Juli 2014 habe zu einer zeitweisen Verschlechterung geführt und von einer weiter fortschreitenden Meniskusverletzung sprach. Den widersprüchlichen Aussagen von Dr. C._____ kann nicht gefolgt werden, vielmehr leuchtet ein, dass es aufgrund des Ausrutschens und des Verdrehens des Knies am 21. Juli 2014 zu einer Meniskusläsion kam, womit in Übereinstimmung mit Dr. Q._____ und Dr. R._____ davon auszugehen ist, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Unfall vom 21. Juli 2014 zu einer erneuten Läsion des vorgeschädigten Meniskus geführt hat. Betreffend die Ruptur des vorderen Kreuzbandes bzw. des Transplantates befanden Dr. R._____ und Dr. Q._____, dass diese (gemäss Dr. Q._____ möglicherweise) auf den Unfall vom 21. Juli 2014 zurückzuführen sei. Dr. C._____ widersprach, zu welchem Zeitpunkt die vordere Kreuzbandplastik insuffizient gewesen oder geworden sei, könne nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Diese Aussage leuchtet nicht ein, denn der Versicherte klagte erst nach dem Unfall vom 21. Juli 2014 über subjektives Instabilitätsgefühl. Wäre das Kreuzband bereits vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 gerissen gewesen, hätte dies der Versicherte bemerkt, da bei einem Riss des Kreuzbandes anamnestisch ein Gefühl von Instabilität gegeben ist (vgl.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-0051_S1_Vordere_Kreuzbandruptur_2019-02.pdf). Zudem ist davon auszugehen, dass der Versicherte früher einen Arzt für das linke Knie aufgesucht hätte, wenn er dieses Gefühl bereits vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 gehabt hätte, wie er es auch bei den Beschwerden wegen den Vorunfällen getan hat. Zwar wurde auch am 28. Dezember 1994 (Akten Helvetia M12.1), 28. Februar 1995 (Akten Helvetia M16), 6. Juni 1995 (Akten Helvetia M17) von einer (leichten) Instabilität berichtet, jedoch hielt Dr. K._____ am 5. November 1997 fest (Akten Helvetia M19), das Knie sei stabil, insbesondere das vordere Kreuzband. Diesen Bericht führten weder Dr. C._____ noch Dr. Q._____ in ihren Gutachten auf, womit davon auszugehen ist, dass sie keine Kenntnis davon hatten. Folglich ist nicht nur, wie dies Dr. Q._____ vorbrachte, möglicherweise, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vordere Kreuzbandplastik durch den Unfall vom 21. Juli 2014 riss. Die Läsion beim Meniskus und beim vorderen Kreuzband sind folglich auf den Unfall vom 21. Juli 2014 zurückzuführen. Dies korreliert mit der Aussage des Versicherten (Akten SWICA 11), wonach die Folgen der Vorunfälle vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 komplett ausgeheilt gewesen seien, so dass er keinerlei Beschwerden mit dem linken Knie gehabt habe. Auch die SWICA ging davon aus, dass die Knieverletzungen teilweise kausal auf den Unfall vom 21. Juli 2017 zurückzuführen sind, erbrachte sie doch zunächst Versicherungsleistungen (vgl. Akten SWICA 5, 7). Die SWICA brachte vor (BVGer act. 13), die Kausalität sei vor der Operation vom 16. Juni 2015 weggefallen. Dem kann nicht gefolgt werden. Es ist zwar nachvollziehbar, wie dies Dr. C._____ und Dr. Q._____ sinngemäss vorbrachten, dass eine Meniskusläsion und eine Ruptur einer Kreuzbandplastik allein nicht zu einer endoprothetischen Versorgung geführt hätten und die Pangoarthrose früher oder später ein Transplantat notwendig gemacht hätte, jedoch ist eine Ursache auch dann noch kausal, wenn sie eine Operation früher notwendig macht, mithin eine Teilursache

darstellt. Aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Hinweise, dass wegen der Pangoarthrose zum annähernd gleichen Zeitpunkt eine Transplantation wegen der Pangoarthrose notwendig gewesen wäre. Schliesslich ist der Vorinstanz zu folgen, dass in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten ist (BGE 141 I 60 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 4b; BGE 136 I 229 E. 5.3 m.H.). Einerseits macht eine Untersuchung des Knies zum heutigen Zeitpunkt keinen Sinn mehr, da dieses verändert wurde (Transplantat) und keine Rückschlüsse auf den Zustand des Knies vor dem Unfall vom 21. Juli 2014 mehr zulässt, andererseits sind von einem weiteren Aktengutachten keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten. Gemäss der Empfehlung der Ad-hoc-Kommission UVG Nr. 01/2017, Seite 15, E. 4.3, haben die beteiligten Versicherer eine Einigung zu suchen, wenn die Leistungspflicht strittig bleibt, insbesondere bei fraglichem Status quo sine/ante. Die Einigung ist allenfalls unter Beizug eines gemeinsamen Gutachters zu suchen. Wären die Versicherer dieser Empfehlung ihrer Kommission des SVV gefolgt, hätte sich die Kausalitätsfrage gegebenenfalls noch frühzeitig ohne divergierende ärztliche Stellungnahmen klären lassen.

E. 9

Aus dem Gesagten erhellt, dass weder die Vorunfälle noch der Unfall vom 21. Juli 2014 hinweggedacht werden können, ohne dass die Indikation zu einer Knietotalprothese entfallen würde. Die Unfälle stellen damit eine Gesamtursache für die Operation dar. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann bei einer gemeinsamen Schadenverursachung keine Aufteilung der Leistungen nach Kausalitätsanteilen erfolgen (vgl. Urteil BGer 8C_816/2009 E. 4.2). Bei einer Teilkausalität sind die Kosten grundsätzlich gleichmässig auf die Leistungserbringer zu verteilen (vgl. Urteil des BVer C-6/2006 E. 7.4). Vorliegend hat sich jedoch die Helvetia bereiterklärt 60 % der Kosten zu tragen, womit vom Verteilschlüssel der Vorinstanz auszugehen ist. Die Verfügung der Vorinstanz ist damit zu bestätigen, hingegen erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Verfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig, wobei die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG sowie Art. 1ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da es sich vorliegend um eine Streitigkeit mit vermögensrechtlichen Interessen einer juristischen Person handelt, die öffentlich-rechtliche Aufgaben wahrnimmt, sind der unterliegenden Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 zweiter Halbsatz VwVG; Urteil des BVer C-5/2006 vom 12. März 2008 E. 9.1). Diese werden auf Fr. 5'000.- festgesetzt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

E. 10.2

Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE haben obsiegende Parteien Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten. Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und in der Regel andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Die obsiegende Vorinstanz ist eine Bundesbehörde im Sinne von Art. 1 Abs. 2 Bst. a VwVG und hat gemäss Art. 7 Abs. 3

VGKE keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

E. 10.3

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die obsiegende Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Den Bundesverwaltungsbehörden gleichgestellt sind gemäss Art. 1 Abs. 2 Bst. e VwVG andere Instanzen und Organisationen ausserhalb der Bundesverwaltung, soweit sie in Erfüllung ihnen übertragener öffentlich-rechtlicher Aufgaben des Bundes verfügen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die Versicherungsgesellschaften, welche gemäss Art. 68 UVG als Versicherer zugelassen sind, Träger hoheitlicher Gewalt, da das Gesetz ihnen die Befugnis einräumt, Verfügungen im Sinne des Verwaltungsrechts zu erlassen (vgl. Urteil des BGer 8C_324/2007 vom 12. Februar 2008 E. 2.1). Im vorliegenden Fall stehen Leistungen in Frage, welche die Beschwerdegegnerin als zugelassene Unfallversicherer im Sinne von Art. 68 UVG in Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat. Sie gilt somit als Trägerin hoheitlicher Gewalt und damit als Behörde im Sinne von Art. 1 Abs. 2 Bst. e VwVG, welche gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE in der Regel keinen Anspruch auf Parteientschädigung hat. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind privaten UVG-Versicherern keine Parteientschädigungen zuzusprechen, weil sie hinsichtlich der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (vgl. BGE 127 V 176 E. 5b [nicht veröffentlicht, aber in U 329/99 vom 25. Juni 2001]; Urteil des Bundesgerichts U 416/99 vom 18. Oktober 2000 i.S. SWICA gegen O. und Ersatzkasse UVG E. 6; Urteile des BVGer C-5/2006 vom 12. März 2008 E. 9.2 und C-8/2006 vom 23. September 2008 E. 8.2.1 je m.H.). Ausnahmen sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gerechtfertigt, wenn das Verhalten der Gegenpartei leichtsinnig oder mutwillig ist oder wenn die besondere Art des Prozesses die Zusprechung von Parteikosten rechtfertigt (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b). Eine derartige Ausnahmesituation ist vorliegend nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat folglich keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

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