

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/68 vom 24. Juni 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2018_68

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/68 du 24 juin 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2018/68 del 24 giugno 2020

Regeste

Art. 6 UVG: Unstreitiges Vorliegen einer traumatisch bedingten Zerrung des medialen Seitenbandes und Distorsion des VKB sowie verschiedener degenerativ bedingter Gesundheitsschäden; Verneinung eines traumatisch bedingten Knorpelschadens anhand verschiedener Beurteilungskriterien (Unfallmechanismus, klinische Symptomatik, angewandte Operationsmethode, Diskussion eines ausgedehnten Knochenmarksödems); Prüfung des Leistungseinstellungsdatums in Bezug auf eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes oder in Bezug auf eine neue vorübergehende Gesundheitsschädigung. Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung des Unfalls für die über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus bestehenden Kniebeschwerden erbracht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2020, UV 2018/68).

Volltext

Entscheid vom 24. Juni 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2018/68 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Trockenbauer bei der Firma B.____ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 18. Dezember 2017 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall des Versicherten vom 21. November 2017. Dieser sei bei der Arbeit in eine Vertiefung im Boden getreten, habe sich dabei das Knie verdreht und sei beim Aufstehen hinter die Mulde gestürzt (Suva-act. 1). Am 4. Januar 2018 schilderte der Versicherte gegenüber der Suva, er habe am 21. November 2017 auf einer Baustelle, auf welcher gerade die Bodenheizungsrohre isoliert worden seien, eine Sanitätseinrichtung montiert. Die Isolierung sei nicht fest und könne sich drehen. Als er auf eine solche gestanden sei, habe sich diese gedreht und er sei mit dem Bein zwischen zwei Rohre gefallen, habe das Gleichgewicht verloren und sei zu Boden gefallen. Beim Sturz habe er sich das rechte Knie verdreht und umgehend Schmerzen gehabt (Suva-act. 5). Eine Erstbehandlung hatte am 27. November 2017 in der Zentralen Notfallaufnahme (ZNA) des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) stattgefunden. Laut Untersuchungsbericht hatte der Versicherte dem behandelnden Arzt geschildert, er habe sich am 20. oder 21. November 2017 das Knie verdreht, habe seither Schmerzen, die nie weggegangen seien, sei heute in eine kleine

Mulde getreten und habe sich dabei erneut das rechte Knie verdreht. Der behandelnde Arzt hatte die Diagnosen Kniedistorsion am 20. oder 21. November 2017 rechts, Re-Distorsion am 27. November 2017 und aktuell: Verdacht auf Innenmeniskusläsion rechts gestellt (Suva-act. 14). Am 12. Dezember 2017 war der Versicherte durch Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie D.____, untersucht worden, der ebenfalls den Verdacht auf eine mediale Meniskusruptur Knie rechts sowie einen Status nach Kniedistorsion rechts am 21. und 27. November 2017 diagnostiziert und zur weiteren Abklärung eine MRI-Untersuchung als angezeigt erachtete (Suva-act. 15). Dr. C.____ hatte dem Versicherten ausserdem ab 11. Dezember 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Suva-act. 20, 22). Die am 14. Dezember 2017 durch Dr. med. E.____, Fachärztin für Radiologie, Radiologie F.____, durchgeführte MRI-Untersuchung hatte unter anderem eine subchondrale Delamination mit einem ca. 15 x 8 mm messenden chondralen Ulkus der posteromedialen Zirkumferenz des medialen Femurkondylus und einer ausgedehnten perifokalen Osteodystrophiezone, deutlich diskreter des hiermit artikulierenden medialen Tibiaplateaus, hervorgebracht (Suva-act. 13). Am 18. Dezember 2017 hatte der Versicherte erneut Dr. C.____ konsultiert, der basierend auf dem MRI-Untersuchungsergebnis eine traumatisch bedingte Osteodystrophie medialer Kondylus Knie rechts nach zweimaliger Kniedistorsion am 21. und 27. November 2017 diagnostiziert und das Hauptproblem in der Osteodystrophie gesehen hatte (Suva-act. 21). Mit Schreiben vom 4. Januar 2018 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 8). Am 19. Januar 2018 bestätigte Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Kniegelenksbeschwerden rechts. In der Bildgebung stelle sich ein ausgeprägtes Knochenödem der medialen Femurkondyle dar, welches für den geschilderten Hergang und eine erhebliche Gewalteinwirkung nach Distorsion spreche (Suva-act. 23). In der Folge fanden regelmässige Konsultationen des Versicherten bei Dr. C.____ statt (Suva-act. 26, 33, 38), der weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigte (Suva-act. 31 f., 35). Am 20. März 2018 erfolgte eine weitere MRI-Untersuchung des rechten Knies durch Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie FMH, Radiologie F.____, der ein im Verlauf weitgehend resorbiertes, vormals ausgedehntes Knochenmarksödem am medialen Femurkondylus feststellte (Suva-act. 40). Basierend auf dem MRI-Untersuchungsergebnis stellte Dr. C.____ anlässlich einer Untersuchung des Versicherten vom 23. März 2018 fest, dass sich die Osteodystrophie glücklicherweise zurückgebildet habe und das Hauptproblem nun in der traumatisch aktivierten Gonarthrose bestehe. Er diagnostizierte eine aktivierte traumatisierte mediale Gonarthrose rechts sowie einen Status nach traumatisch bedingter Osteodystrophie medialer Kondylus Knie rechts nach zweimaliger Distorsion (Suva-act. 41). Auch Suva-Kreisarzt Dr. G.____ stellte am 12. April 2018 fest, dass aufgrund der letzten klinischen und kernspintomographischen Untersuchung festzustellen sei, dass sich das Ödem/die Osteodystrophie der Femurkondyle medial weitgehend zurückgebildet habe. Es bestehe ein weitgehend stabiler Zustand nach der Aktivierung der unfallunabhängig vorbestehenden Gonarthrose. Es sei durch das Unfallereignis zu keiner richtungsgebenden strukturellen Veränderung gekommen. Der Status quo sine trete spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis ein. Der Versicherte sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einer knieschonenden Tätigkeit ab 23. März 2018 zu 50% und ab 15. April 2018 zu 100 % arbeitsfähig (Suva-act. 43). Gestützt auf diese kreisärztliche Beurteilung teilte die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 16. April 2018 die Einstellung ihrer Leistungen per 30.

April 2018 mit (Suva-act. 44). Am 23. April 2018 wurde der Versicherte abermals durch Dr. C.____ untersucht, der nun im Untersuchungsbericht die Diagnose einer aktivierten traumatisch bedingten medialen Gonarthrose Knie rechts festhielt (Suva-act. 48). Am 17. April 2018 erhob der Versicherte bei der Suva gegen die Verfügung vom 16. April 2018 mündlich Einsprache (Suva-act. 50, vgl. auch Suva-act. 51). In einem Untersuchungsbericht vom 15. Mai 2018 über eine Konsultation vom 4. Mai 2018 erneuerte Dr. C.____ die Diagnose einer aktivierten traumatisierten medialen Gonarthrose rechts sowie einen Status nach traumatisch bedingter Osteodystrophie medialer Kondylus Knie rechts nach zweimaliger Distorsion am 21. und 27. November 2017. Der Versicherte werde für eine Operation angemeldet (Suva-act. 57). Die Klinik I.____ hatte der Suva am 7. Mai 2018 ein Kostengutsprache gesuch für einen stationären Aufenthalt des Versicherten zur Einsetzung einer medialen Teilprothese Knie rechts eingereicht (Suva-act. 55). In einem Schreiben an die Suva vom 22. Mai 2018 hielt Dr. C.____ die Diagnosen einer aktivierten posttraumatischen Gonarthrose Knie rechts sowie einer Osteodystrophie medialer Femurkondylus rechts fest und erklärte, dass aus orthopädischer Sicht davon auszugehen sei, dass der Unfall zu einer richtungsweisenden Änderung des Zustandes geführt habe. Aus seiner Sicht sei von einer unfallbedingten Problematik auszugehen (Suva-act. 66). Am 29. Mai 2018 nahm Dr. C.____ beim Versicherten eine Implantation einer Knieprothese unikonkylär medial rechts vor (Suva-act. 70, vgl. auch Suva-act. 75). In einer Kurzbeurteilung vom 30. Mai 2018 hielt Suva-Kreisarzt Dr. G.____ auch angesichts des Berichts von Dr. C.____ vom 22. Mai 2018 (Suva-act. 66) an der Terminierung des Status quo sine fest (Suva-act. 68). Am selben Tag reichte Dr. C.____ der Suva eine Stellungnahme zur Ablehnung der Kostenübernahme ein, worin er ausführte, dass sich intraoperativ der im MRI vom Dezember 2017 geäusserte Befund der Delamination am medialen Femurkondylus bestätigt habe und daher aus seiner Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutrefte, dass der Schaden unfallbedingt gewesen sei. Dazu passe auch die Vorgeschichte des Versicherten, der bislang bzw. bis zum Unfall noch keine Knieschmerzen gehabt habe (Suva-act. 67). Dr. G.____ hielt darauf in einer Kurzbeurteilung vom 31. Mai 2018 fest, dass auch aufgrund dieser Stellungnahme keine andere versicherungsmedizinische Beurteilung des Sachverhalts möglich sei. Die Tatsache, dass Dr. C.____ bereits jetzt eine Implantation einer monokondylären Endoprothese vorgenommen habe, zeige, dass es sich um das Krankheitsbild einer vorbestehenden fortgeschrittenen medialen femorotibialen Gonarthrose gehandelt habe (Suva-act. 69). Dr. C.____ bescheinigte dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 83). Am 2. Juli 2018 ersuchte die Suva Dr. G.____ um eine umfassende versicherungsmedizinische Beurteilung (Suva-act. 86). Diese erging am 12. Juli 2018 (Suva-act. 89). Mit Einspracheentscheid vom 17. August 2018 wies die Suva die Einsprache des Versicherten vom 17. April 2018 gegen die Verfügung vom 16. April 2018 ab (Suva-act. 93). Gegen den Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. K. Gemperli, St. Gallen, mit Eingabe vom 19. September 2018 Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen über den 30. April 2018 hinaus auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Am 2. November 2018 legte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt Orthopädie K.____, vom 3. Oktober 2018 vor, welcher den Beschwerdeführer am 19. September 2018 im Sinne einer Zweitmeinung untersucht hatte (act. G 5, G 5.1.1). Mit

Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids (act. G 7). Am 14. November 2018 reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme zum Konsultationsbericht von Dr. J. ___ vom 3. Oktober 2018 ein (Suva-act. 8). Mit Replik vom 3. April 2019 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unverändert am Beschwerdeantrag fest (act. G 16). Mit der Replik reichte er einen Bericht von Dr. med. L. ___, Arzt Orthopädie Untere Extremitäten, Klinik M. ___, vom 23. Oktober 2018 ein, wo der Beschwerdeführer am selben Tag untersucht worden war (act. G 16.1.2). Mit Schreiben vom 26. April 2019 unterbreitete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Bericht von Dr. med. N. ___, Arzt Orthopädie Untere Extremitäten, Klinik M. ___ vom 4. April 2019, welcher den Beschwerdeführer am selben Tag untersucht hatte (act. G 18.1.1). Mit Duplik vom 23. Mai 2019 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 20). Mit der Duplik reichte sie unter anderem eine von Dr. med. O. ___, Facharzt Chirurgie und Unfallchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, am 1. Mai 2019 erstellte chirurgische Beurteilung ein (act. G 20.1). Mit Schreiben vom 8. Juli 2019 brachte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, dass die mit der Duplik eingereichte umfangreiche chirurgische Beurteilung von Dr. O. ___ zeige, dass selbst die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt nicht als hinreichend geklärt betrachtet habe. Die von der Beschwerdegegnerin erst während des gerichtlichen Verfahrens zu Prozesszwecken erstellte chirurgische Beurteilung genieße nicht dieselbe Beweiskraft, wie sie einem Bericht versicherungsinterner Ärzte vor Verfügungserslass zukommen könne (act. G 22). Im Weiteren reichte der Rechtsvertreter eine Honorarnote vom 25. Juni 2019 über insgesamt Fr. 7'280.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 22.1). Erwägungen Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. 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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten- und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen, 117 V 376 E. 3a; André Nabold in: Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 63 ff. zu Art. 6 UVG; Alexandra Rumo-Jungo/ André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten

Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 135 V 465 E. 4.6, 125 V 351 E. 3a/cc; UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53 und 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 und 74 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Anerkennt der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall, so entfällt diese erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 58 f.). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Dabei muss nicht der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrecen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 29. April 2008, 8C_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen, 18. Dezember 2003, U 258/02, und 31. August 2001, U 285/00). Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2) schliesst sodann die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Wird also auf dem Wege der Beweiserhebung der Wegfall des Kausalzusammenhangs nicht wenigstens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, so hat dieser als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten des Unfallversicherers auswirkt (BGE 129 V 177 E. 3.1, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 119 Nr. U 86 S. 50; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle

Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Insofern sind auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, beweistauglich (BGE 125 V 353 f. E. 3, 135 V 469 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind Anhaltspunkte, welche die medizinischen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen, zu beachten, auch wenn sie von behandelnden Ärzten oder Ärztinnen stammen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1). Ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Kreisarzt Dr. G.____ und von Dr. O.____ erstellt wurden, sind schliesslich nicht an sich unzuverlässig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1; Urteil des EVG vom 8. Februar 2007, U 223/06, E. 5.1.2). Vorliegend steht unstreitig fest, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 21. November 2017 ursprünglich anerkannt und für ausgewiesene Arbeitsunfähigkeiten und durchgeführte Heilbehandlungen Taggeld- bzw. Heilkostenleistungen gewährt hat. Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin den Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 21. November 2017 für die über die Leistungseinstellung per 30. April 2018 hinaus bestehende - zu einer Arbeitsunfähigkeit und insbesondere am 29. Mai 2018 zu einer operativen Behandlung führende - Kniegelenksproblematik rechts (Suva-act. 70) mit den vorliegenden medizinischen Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht hat. Für die Annahme unfallkausaler somatischer (Rest-)Folgen werden grundsätzlich eine unfallallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten -

apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen). Ein massgebender Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet insbesondere auch der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor Geschehen des Unfalls. Ist es durch dieses zu keinen neuen unfallbedingten strukturellen Schäden gekommen, trifft es aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Von einer richtungsgebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 54 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 71 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie konkret beschrieben bzw. radiologisch als strukturelle Verletzung der Gelenke oder Knochen sichtbar gemacht werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen und werden die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (vgl. nachfolgende Erwägung 6; vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 57 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 72 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Als Beispiel dafür gelten insbesondere auch Distorsionen. Durch eine Distorsion kann ein zuvor stummer degenerativer Vorzustand aktiviert werden. Bei einer Distorsionsverletzung, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, kann es sich zudem um eine Weichteilverletzung handeln, die anhand klinischer Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen - objektiviert wird (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, S. 412; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin/Boston 2017, S. 420; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 441). Der Unfallversicherer übernimmt die Leistungen bis zur Heilung dieser spezifischen Distorsionsfolgen, d.h. bis zum Status quo ante (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Am 14. Dezember 2017 wurde beim Beschwerdeführer durch Dr. E.____ eine MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks durchgeführt, bei welcher folgende Befunde erhoben wurden: Eine subchondrale Delamination mit ca. 15 x 8 mm messendem chondralen Ulkus der posteromedialen Zirkumferenz des medialen Femurkondylus; eine ausgedehnte perifokale Osteodystrophie des medialen Femurkondylus, diskreter des medialen Tibiaplateaus und der Patella; ein narbig verheilter Defekt in der medialen Patellafacette; eine Chondropathie Grad I-II femoro-patellar; eine Meniskopathie Grad II-III des subluxierten Innenmeniskushinterhorns

bis zur Pars intermedia und eine Meniskopathie Grad I-II der restlichen Anteile des Meniskusgewebes; eine hochgradige Zerrung des vorderen Kreuzbandes (nachfolgend: VKB) und des medialen Seitenbandes (nachfolgend: LCM) am Ursprung, ein Ganglion (DD: Hämatom) im Bereich der Popliteussehne; ein ausgedehnter Kniegelenkserguss mit Reizsynovialitis und Entzündung des Hoffa-Fettkörpers; eine Insertions-Tendinitis der Sehne des Musculus biceps femoris; eine Bursitis präpatellaris (DD: in Organisation befindliches Hämatom); ansonsten weitestgehend normaler posttraumatischer MRI-Befund des rechten Kniegelenks insbesondere keine dislozierte Fraktur, kein Hämarthros und keine transmurale Ligament- und oder Sehnenruptur (Suva-act. 13). Im Verlaufs-MRI, durchgeführt am 20. März 2018 durch Dr. H.____, zeigte sich das vormals ausgedehnte Knochenmarksödem am medialen Femurkondylus weitgehend resorbiert, jedoch eine unveränderte fokale deutliche Chondropathie am medialen Femurkondylus (Grad IV, bis auf den Knochen reichend), eine unveränderte mediale Meniskopathie mit Hinterhorneinriss ansatznah sowie eine unveränderte leichte mukoide Aussenmeniskusdegeneration. In den anderen Gelenkflächen sei eine unveränderte allenfalls leichte Chondropathie (Grad I - II) sichtbar (Suva-act. 40; vgl. Suva-act. 89, S. 2). Am 29. Mai 2018 nahm Dr. C.____ beim Beschwerdeführer eine Implantation einer Knieeileprothese unikondylär medial rechts vor (Suva-act. 70, vgl. auch Suva-act. 75). Der in der Kernspintomographie vom 14. Dezember 2017 erhobene Befund einer Delamination am medialen Femurkondylus konnte von Dr. C.____ intraoperativ bestätigt werden (act. G 1.1.3, S. 2, Suva-act. 89, S. 6), hingegen hielt er in seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3, S. 3) fest, dass ein gleichzeitig bestehender Knorpelschaden an der Patellarrückfläche von ihm nicht gefunden worden sei (act. G 1.1.3, S. 3). Im Operationsbericht vom 29. Mai 2018 beschreibt er jedoch einen etwas aufgerauten tibialen Knorpel (Suva-act. 70). Laut Dr. O.____ passen die radiologisch erhobenen Zerrungen des LCM und des VKB zur beschriebenen Distorsion (Verdrehung). Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Ereignisse vom 21. und 27. November 2017 zu einer Kniegelenksdistorsion mit einer Zerrung des LCM und des VKB geführt hätten (act. G 20.1, S. 7 f.). Hinsichtlich der sich beim Beschwerdeführer darstellenden Veränderungen des Innenmeniskus sind sich die Ärzte einig, dass diese degenerativer Natur sind. Laut Feststellung von Dr. G.____ in der Beurteilung vom 12. Juli 2018 (Suva-act. 89, S. 7) sind sie als arthroseassoziierte Schädigung anzusehen. Die degenerative Veränderung einer Meniskusläsion im Laufe einer Arthroseerkrankung wird auch in der medizinischen Literatur beschrieben (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 1056 ff., 1068; Pschyrembel, a.a.O., S. 1146; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1204; Leitlinien der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 141, 145). Dr. O.____ führt in seiner chirurgischen Beurteilung aus, dass eine Subluxation des Innenmeniskus - besser als Protrusion bezeichnet - Zeichen eines chronischen Schadens des Innenmeniskus sei. Eine Meniskopathie stelle ebenfalls eine chronische Erkrankung dar; sie entstehe über Jahre hinweg (act. G 20.1, S. 7). Auch Dr. C.____ schrieb im Untersuchungsbericht vom 28. Dezember 2017 (Suva-act. 21) angesichts des MRI-Untersuchungsergebnisses vom 14. Dezember 2017 sowie in der Anamnese des Berichts an die Suva vom 22. Mai 2018 (Suva-act. 66) von einer Degeneration des medialen Meniskus und im Operationsbericht vom 29. Mai 2018 (Suva-act. 70) von einem degenerativ leicht veränderten medialen Meniskus. Das Ganglion sowie die Insertionstendinitis werden von Dr. O.____ - wie auch in den medizinischen

Nachschlagewerken (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 630, 1782; Debrunner, a.a.O., S. 1088, 1107; Roche Lexikon, a.a.O., S. 668 f., 1807 f.) - als chronische, d.h. langsam sich entwickelnde, Gesundheitsschäden (Gewebsumwandlung bzw. Folge einer Fehl- und/oder Überbelastung) beschrieben (act. G 20.1, S. 7) und werden im Übrigen auch von Dr. C. ___ nicht als Unfallläsion diskutiert. Bei einer Chondropathie bzw. - bei entsprechendem Schweregrad - bei einer Gonarthrose (Chondropathie Grad IV) handelt es sich im Regelfall um eine degenerative Erkrankung, die als unfallkausaler Gesundheitsschaden höchstens sekundär, d.h. als Spätfolge einer primären Verletzung, beispielsweise nach einer Fraktur oder Ruptur, auftritt. Doch können Knorpelschäden auch im Rahmen eines Unfalls entstehen (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 580, 1047 ff.; Pschyrembel, a.a.O., S. 329; Roche Lexikon, a.a.O., S. 326). Dass die beim Beschwerdeführer am 14. Dezember 2017 radiologisch erhobenen Chondropathien I-II femoropatellar im Bereich der medialen Patellafacetten und des femoralen Trochlea-Sulcus (Suva-act. 13) degenerativer Natur sind, scheint offensichtlich keiner der Ärzte anzuzweifeln. Eine traumatische Entstehung wird jedenfalls nirgends erörtert. (vgl. unter anderem Suva-act. 21, 70). Im MRI-Untersuchungsbericht vom 20. März 2018 schrieb Dr. H. ___ sowieso nur von einer allenfalls - und damit nicht gesicherten - leichten Chondropathie in den anderen Gelenken (Suva-act. 40) und Dr. C. ___ vermochte - wie bereits erwähnt - am 29. Mai 2018 intraoperativ an der Patellarrückfläche keinen Knorpelschaden zu finden, sondern lediglich einen etwas aufgerauten tibialen Knorpel (vgl. Suva-act. 70, act. G 1.1.3, S. 3). Hinsichtlich Genese unterschiedlich beurteilt und als Unfallfolge diskutiert wird hingegen von den Ärzten der radiologisch gesichtete (Suva-act. 13, 40) und in der Operation vom 29. Mai 2018 (Suva-act. 70) bestätigte Knorpelschaden am medialen Femurkondylus (Grad IV; "bis auf den Knochen reichend" [vgl. Suva-act. 40 f.]) mit begleitender Osteodystrophie. Im MRI-Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2017 (Suva-act. 13) wurde, wie bereits erwähnt, eine subchondrale Delamination mit einem ca. 15 x 8 mm messenden chondralen Ulcus der posteromedialen Zirkumferenz des medialen Femurkondylus umschrieben. Laut Dr. G. ___ wird der Begriff Delamination normalerweise im Zusammenhang mit der Beschreibung degenerativ bedingter Knorpelschäden bei Verschleissprozessen im Sinne einer Gonarthrose verwendet. Er bezeichne das Ablösen von Knorpelbestandteilen oder Knorpelschichten wie beim klassischen Verlauf einer Gonarthrose. Bei traumatisch bedingten Knorpeldelaminationen komme es dagegen zu fokalen begrenzten Knorpelschäden zumeist in der Hauptbelastungszone der Gelenkbewegung, ähnlich eines Schlaglochs in einer vielbefahrenen Strasse. Es fänden sich dann in typischer Weise Abscherungen von Knorpel-Knochen-Flakes, die aus der stehenden Knorpelschulter unter der Gewalteinwirkung herausgebrochen würden, und nicht eine schichtweise Ablösung. Während Dr. G. ___ davon ausgeht, dass es sich bei der vorliegenden Delamination um das Krankheitsbild einer vorbestehenden fortgeschrittenen medialen femorotibialen Gonarthrose gehandelt habe (Suva-act. 86, 89, S. 7) und auch Dr. O. ___ zum Schluss gelangt, dass eine Knorpelschädigung im Bereich des rechten Kniegelenks nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zufolge der inkriminierten Ereignisse vom 21. und 27. November 2017 eingetreten sei (act. G 20.1, S. 9, 16), stellt sich Dr. C. ___ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 auf den Standpunkt, die Gonarthrose am medialen Femurkondylus sei traumatisch bedingt gewesen. Beim MRI vom 14. Dezember 2017 sei hier eindeutig ein scharf umschriebener Knorpelschaden mit begleitender Osteodystrophie vorhanden gewesen (act. G 1.1.3, S. 4). Hinsichtlich Genese gleich beurteilt wird der Knorpelschaden von Dr. J. ___ im Konsultationsbericht vom 3. Oktober 2018. Bezüglich

der MRI-Bildgebung Knie rechts vom 14. Dezember 2017 spricht dieser von einem frischen traumatischen Knorpelschaden in der Hauptbelastungszone des medialen Femurkondylus und von einem deutlichen perifokalen Knochenödem im Sinne eines posttraumatischen Bone bruise mit kleinen intratrabekulären Frakturen. Aus seiner Sicht habe der Beschwerdeführer am 21. November 2017 unfallbedingt einen traumatischen Knorpelschaden im Bereich des medialen Femurkondylus erlitten (act. G 5.1.1). Auch Dr. L. ___ geht in seinem Konsultationsbericht vom 23. Oktober 2018 davon aus, dass der Unfall vom 21. November 2017 und die Operation vom 29. Mai 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Auslöser der Beschwerden gewesen seien. Drei Wochen nach dem Unfall habe eine MRI-Untersuchung einen grossen abgesplitterten Knorpelflake gezeigt, der gut zum Beschwerdebild und zum Entstehungsmechanismus des Unfalls passe (act. G 16.1.2). Zur Kausalität äussert sich schliesslich auch Dr. N. ___ im Konsultationsbericht vom 4. April 2019. Aus heutiger Sicht sei ein Trauma des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers mit dem MRI vom 14. Dezember 2017 plausibel. Es zeige sich ein subkutanes als auch ein Knochenmarksödem und eine frisch anmutende Abschilferung des Knorpels (act. G 18.1.1). Betreffend Entstehung des Knorpelschadens am medialen Femurkondylus steht mithin der Beurteilung der versicherungsinternen Fachpersonen eine übereinstimmende, gegenteilige Beurteilung von verschiedenen Fachärzten gegenüber. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen jedoch deren erläuternde und begründende Ausführungen zum Vorliegen einer ihrer Auffassung nach traumatischen Knorpelschädigung weder zu genügen noch zu überzeugen und damit auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. G. ___ und Dr. O. ___ zu begründen. Die beiden versicherungsinternen Fachärzte beleuchten demgegenüber in ihren Beurteilungen einlässlich und nachvollziehbar relevante Aspekte und entscheidende Beurteilungskomponenten im Rahmen einer Kausalitätsbeurteilung, welche insgesamt gegen eine überwiegend wahrscheinlich traumatisch bedingte Knorpelschädigung im Bereich des medialen Femurkondylus sprechen. Zudem weist Dr. O. ___ auf Widersprüchlichkeiten zwischen den Untersuchungsberichten von Dr. C. ___ und dessen Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3) hin. In überzeugender Weise analysiert Dr. O. ___ zunächst den Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Krafteinwirkung auf das Knie sowie die echtzeitlich erhobenen Befunde. Dies in dem Sinne, als nach unfallmedizinischer Erfahrung bestimmte Unfallgeschehen physiologisch geeignet seien, zur fraglichen Gesundheitsstörung zu führen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 17. Mai 2016, 8C_100/2016, E. 5 mit Hinweis; Urteil des EVG vom 30. November 2004, U 161/04, E. 3.1) und dass bei einer erheblichen strukturellen Schädigung, wie dem vorliegend zu beurteilenden Knorpelschaden am medialen Femurkondylus, eine entsprechende klinische Symptomatik imponiere bzw. zu erwarten sei. In Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur können laut Dr. O. ___ Kontusionen, d.h. Anpralltraumen, sowie Scherkräfte einen Knorpelschaden verursachen (act. G 20.1, S. 8; Debrunner, a.a.O., S. 1049; Pschyrembel, a.a.O., S. 1085; <https://orthinform.de/lexikon/knorpelverletzungen/>; <https://pyramide.ch/de/gelenk-und-sportchirurgie/knieoperationen/knorpelschaden/>; <https://klinik-am-ring.de/orthopaedie/im-focus/kniegelenk-knorpelschaeden/>, beide abgerufen am 12. Mai 2020), wobei bei beiden Krafteinwirkungen nur eine grosse bzw. erhebliche Krafteinwirkung einen Substanzdefekt des Knorpels verursachen könne. Diese Feststellung leuchtet insofern ein, als strukturelle Verletzungen im Regelfall nur als Folge einer erheblichen Krafteinwirkung auftreten und erfahrungsgemäss aus leichteren

Krafteinwirkungen - wenn überhaupt - nur Weichteilverletzungen resultieren (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 412). Voraussetzung für das Auftreten einer erheblichen Scherkraft ist gemäss Dr. O.____ eine Luxation oder Subluxation des betroffenen Gelenks mit einer ZerreiSSung des Bandapparates. Alternativ zur direkten Kontusion wäre sodann eine in gebeugter Stellung des Kniegelenks eintretende Knorpelschädigung am medialen Femurkondylus bei einer massiven Stauchung möglich. Um einen traumatischen Knorpelschaden zu verursachen, werde eine Energie, die bei einem Sturz aus vier Metern Höhe auftrete, benötigt. Laut überzeugender Beurteilung von Dr. O.____ kann im vorliegenden Fall nicht von einer erheblichen Krafteinwirkung ausgegangen werden. In den zeitnahen Schilderungen der Ereignisse vom 21. und 27. November 2017 wird insbesondere ein Verdrehen des Kniegelenks, am 27. November 2017 verbunden mit einem Fehltritt in eine kleine Mulde, beschrieben. In der Schadenmeldung UVG vom 18. Dezember 2017 wird - entgegen der Feststellung von Dr. O.____ (act. G 20.1, S. 5) - zusätzlich - ein Sturz und im Untersuchungsbericht von Dr. C.____ vom 19. Dezember 2017 ein Aufschlagen mit dem Knie angegeben (Suva-act. 1, 5, 14 f.). Eine bedeutsame Krafteinwirkung wie sie für eine unfallbedingte Knorpelschädigung erforderlich wäre, ist damit aber nicht ausgewiesen. In Bezug auf den Zusammenhang, dass bei einer erheblichen strukturellen Schädigung eine entsprechende klinische Symptomatik imponiere bzw. zu erwarten sei, stellt Dr. O.____ zutreffend fest, dass in den vorliegenden echtzeitlichen Akten keine solche dokumentiert sei. Der erstbehandelnde Arzt in der ZNA des KSSG, Dr. med. P.____, erhob am 27. November 2017 (Suva-act. 14) als Befunde lediglich eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt sowie eine Beugehemmung rechts, jedoch keine klinischen Befunde, welche auf eine bedeutsame Verletzung hingewiesen hätten, wie eine Prellmarke, einen Bluterguss, eine Schürfung oder eine Schwellung (vgl. Erwägung 3.2). Dr. P.____ stellte die Verdachtsdiagnose einer Innenmeniskusläsion rechts (Suva-act. 14 f.). Am 12. Dezember 2017 wurde der Beschwerdeführer von Dr. C.____ untersucht. Dieser verneinte namentlich eine sichtbare Schwellung oder Ergussbildung und stellte einen indolenten Streckapparat fest. Der Bandapparat medial war druckdolent, aber stabil. Allerdings erhob auch Dr. C.____ eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt sowie ein positives Meniskuszeichen und ebenfalls die Verdachtsdiagnose einer medialen Meniskusruptur (Suva-act. 15). Eine Arbeitsunfähigkeit - im Regelfall ebenfalls eine Begleiterscheinung schwerwiegender Verletzungen - wurde hingegen erst ab dem 11. Dezember 2017 von Dr. C.____ bescheinigt (Suva-act. 1, 20, 22). Angesichts der vorgenannten Sachlage stellt Dr. O.____ zutreffend fest, dass rund drei Wochen nach dem Unfall vom 21. November 2017 eine gegenüber dem Erstbefund unveränderte, eher blande Symptomatik am rechten Kniegelenk des Beschwerdeführers bestanden habe. Auch Dr. C.____ habe keine Zeichen einer erheblichen Traumatisierung des rechten Kniegelenks dokumentiert. Ein Unterschied bestehe lediglich darin, dass Dr. P.____ eine Streckhemmung erhoben habe, während Dr. C.____ eine Beugehemmung festgestellt habe (act. G 20.1, S. 6). In überzeugender Weise zieht Dr. O.____ den Schluss, dass - wäre wie von Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 postuliert (act. G 1.1.3) - ein ausgedehnter, frischer traumatischer Knorpelschaden des medialen Femurkondylus am 21. oder am 27. November 2017 entstanden, zu erwarten wäre, dass Zeichen einer erheblichen Gewalteinwirkung auf das rechte Kniegelenk, zumindest auch eine Schwellung und ein Kniegelenkserguss, dokumentiert wären. Dr. O.____ erläutert weiter, dass ein bis auf die Knochen reichender Knorpeldefekt mit der Ausbildung eines blutigen Kniegelenksergusses verbunden sei. Ein Knorpelschaden infolge einer bedeutsamen, direkten Kontusion sieht er sodann insofern als

unwahrscheinlich an, als die Läsion des Knorpels am medialen Femurkondylus gemäss MRI-Bildgebung vom 14. Dezember 2017 weit dorsal und an der medialen Begrenzung des Kondylus gelegen sei, dieser Bereich jedoch einer direkten Kontusion von ventral, aber auch von medial, kaum ohne die Einwirkung einer sehr grossen Gewalt zugänglich sei (act. G 20.1, S. 8). Auch eine grosse schädigende Gewalteinwirkung auf das Kniegelenk in Form einer Subluxation oder Luxation sah Dr. O.____ schliesslich nachvollziehbar als nicht gegeben an, weil keine Zerreissung des Bandapparates des rechten Kniegelenks dokumentiert sei. Im Gegenteil würden stabile Bandverhältnisse genannt (act. G 20.1, S. 6). In der MRI-Bildgebung zeigten sich zwar Zerrungen des medialen Seitenbandapparates sowie des VKB. Laut Dr. O.____ und in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur passen diese jedoch ohne Weiteres zum angegebenen Hergang einer Distorsion und zum klinischen Befund einer Druckdolenz über diesen Bändern. Eine relevante Schwellung oder Ergussbildung sei dabei nicht zu erwarten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S.1090 ff., 1096; Pschyrembel, a.a.O., S. 1085). Der Standpunkt von Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 14. September 2018 - der Knorpelschaden am medialen Femurkondylus sei nicht vorbestehend gewesen, sondern durch den Unfall entstanden (act. G 1.1.3) - erschliesst sich, wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 (act. G 7) zutreffend analysiert, nicht ohne Zweifel aus den von ihm in den früheren Untersuchungsberichten gestellten Diagnosen. Dies wirft die Frage auf, ob Dr. C.____ immer von einem traumatisch bedingten Knorpelschaden ausgegangen ist. In seinen Untersuchungsberichten vom 9. April 2018 (Suva-act. 41) und 15. Mai 2018 (Suva-act. 57) ist die Diagnose einer aktivierten traumatisierten medialen Gonarthrose festgehalten, wodurch an sich eine vorübergehend verschlimmerte Gonarthrose und kein traumatisch verursachter Knorpelschaden beschrieben wird. Diese Diagnose bezeichnet Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 jedoch als falsch (act. G 1.1.3, S. 2. f.). Er habe "aktivierte traumatisch bedingte mediale Gonarthrose" diktiert und nicht bemerkt, dass das Schreibbüro das nicht richtig übernommen habe. Der gleiche Fehler finde sich leider auch in den Untersuchungsberichten vom 15. und 22. Mai 2018 (Suva-act. 57, 66). In Übereinstimmung mit dieser Begründung steht zumindest im Untersuchungsbericht vom 25. April 2018 (Suva-act. 48) die Diagnose "aktivierte traumatisch bedingte mediale Gonarthrose Knie rechts". Die Rechtfertigung - bei der Diagnose einer aktivierten traumatisierten medialen Gonarthrose handle es sich um eine irrtümliche Fehldiagnose - ist jedoch insgesamt nicht glaubhaft. Im ersten Untersuchungsbericht vom 28. Dezember 2017 nach Vorliegen des MRI-Untersuchungsergebnisses (Suva-act. 21) stellte Dr. C.____ die Diagnose einer traumatisch bedingten Osteodystrophie medialer Kondylus rechts nach zweimaliger Kniedistorsion 21. und 27. November 2017. Die Diagnose bezeichnet also die Osteodystrophie (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 5.5) als traumatisch bedingt und nicht die im MRI-Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2017 erhobene Delamination am medialen Femurkondylus (Suva-act. 13). Den Knorpelschaden erwähnte Dr. C.____ weder in der Diagnose noch in der Beurteilung; er gab ihn lediglich in der Wiederholung des radiologischen Befundes vom 14. Dezember 2017 wieder. Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann festzuhalten, dass eine traumatisch bedingte Gonarthrose erstmals und einzig im Untersuchungsbericht vom 25. April 2018 (Suva-act. 48) und damit nach Erlass der Einstellungsverfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. April 2018 (Suva-act. 44) genannt wurde. Die Feststellung von Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3, S. 2), aktiviert und traumatisiert bedeute das Gleiche bzw. sei ein Pleonasmus, was beweise, dass die Diagnose aktivierte traumatisierte mediale Gonarthrose so nicht habe

diktieren werden können, widerlegt Dr. O.____ in überzeugender Weise. Sie finde in der wissenschaftlichen Literatur keine Bestätigung. Eine Arthrose könne klinisch stumm sein (keine Beschwerden machen), aktiviert werden - was einem entzündlich imponierenden Zustand mit Schwellung, Ergussbildung, Schmerzen und evtl. auch Überwärmung entspreche, wobei die Ursache einer solchen Aktivierung zumeist unklar bleibe, aber (selten) auch durch ein Trauma erfolgen könne, und sich auch als klinisch manifeste, dekompenzierte Arthrose mit Dauerschmerzen manifestiere. Die Aktivierung einer Arthrose erfolge nur selten durch ein Trauma (act. G 20.1, S. 14). Der Begriff aktiviert bzw. aktiv bedeutet in wirksame Form versetzt bzw. wirksam (Roche Lexikon, a.a.O., S. 40, vgl. auch S. 134). Er bezieht sich damit offensichtlich auf die Gonarthrose und beschreibt den von Dr. O.____ aufgezeigten Prozess, dass eine bisher stumme, vorbestehende Gonarthrose symptomatisch geworden ist. Dies kann zwar die Folge eines Traumas sein, womit eine traumatisierte Gonarthrose, vorliegen würde, doch lässt sich damit höchstens eine vorübergehende Verschlimmerung vereinbaren (vgl. nachfolgende Erwägung 6). Eine aktivierte traumatisierte mediale Gonarthrose ist damit eine einleuchtende und passende Diagnose und es erscheint wenig überzeugend, wenn Dr. C.____ diese nachträglich neu definiert und anstelle einer traumatisierten Gonarthrose plötzlich von einer traumatisch bedingten Gonarthrose spricht. Im Übrigen ist zu bemerken, dass im Untersuchungsbericht von Dr. C.____ vom 9. April 2018 nicht nur als Diagnose eine aktivierte traumatisierte mediale Gonarthrose festgehalten wird, sondern auch in der Beurteilung erklärt wird, dass das Hauptproblem in der traumatisch aktivierten medialen Gonarthrose bestehe (Suva-act. 41). Insbesondere auch seine Begründung, bei der Umsetzung seines diktierten Untersuchungsberichts im Schreibbüro habe sich ein Fehler ereignet, vermag damit nicht zu überzeugen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einschätzung von Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3) im Widerspruch zu seiner vorherigen Einschätzung der sich kernspintomographisch darstellenden Knorpelschädigung steht, weshalb sein nachträglicher Standpunkt nicht geeignet ist, Zweifel an der Beurteilung der versicherungsinternen Ärzte zu begründen. Einen bedeutsamen Hinweis, dass es sich im vorliegenden Fall nicht um einen traumatischen Befund, sondern um einen vorbestehenden degenerativen Arthrosezustand im rechten Kniegelenk gehandelt hat, sehen Dr. G.____ und Dr. O.____ auch in der von Dr. C.____ am 29. Mai 2018 angewandten Operationsmethode. Dr. C.____ nahm beim Versicherten eine Implantation einer Knieeileprothese unikondylär medial rechts vor (Suva-act. 70, vgl. auch Suva-act. 75). Dr. G.____ argumentiert jedoch, dass unter Berücksichtigung des relativ jungen Alters des Beschwerdeführers bei einer traumatisch bedingten Knorpelschädigung nicht die totalendoprothetische Versorgung des Kniegelenks, sondern eine andere operative Therapiemassnahme, wie zum Beispiel eine Mikrofrakturierung, eine Abrasionsarthroplastik, eine Knochenknorpeltransplantation oder eine Refixierung eines traumatisch bedingten Knorpelflakes, indiziert gewesen wäre (Suva-act. 89, S. 6). Dr. C.____ widerspricht Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3, S. 3) und erklärt sein Vorgehen. Die Tatsache, dass direkt eine prothetische Versorgung habe erfolgen müssen, sei nicht beweisend für eine vorbestehende Arthrose. Grund dafür sei vielmehr, dass die von Dr. G.____ erwähnten alternativen Operationsmethoden beim Beschwerdeführer nicht in Frage gekommen seien. Eine Abrasionsarthroplastik werde heute nicht mehr durchgeführt und würde eher als obsolet gelten. Mikrofrakturierungen seien nur bei jüngeren, leichtgewichtigen Patienten sinnvoll und erfolgsversprechend. Eine Refixation eines Flakes könne nur dann erfolgen, wenn effektiv noch ein solches zu finden und dieses auch genügend kräftig sei, was sehr oft

nicht der Fall sei, da es beim Gehen zermalmt werde, was innert kurzer Zeit möglich sei, z.B. wie beim Beschwerdeführer im Zeitraum vom Unfall vom 27. November 2017 bis zur MRI-Untersuchung vom 14. Dezember 2017. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 [act. G 7]) ist festzuhalten, dass die Einwände von Dr. C.____ nicht überzeugen und damit den Standpunkt von Dr. G.____ nicht zu widerlegen vermögen. Zwar hat beim Beschwerdeführer nur eine Teilprothesenversorgung stattgefunden, doch dürfte eine Prothesenversorgung die einschneidendste Operationsmethode sein, weil damit ein künstlicher Ersatz eines Körperteils vorgenommen wird. Mit der Abrasionsplastik und der Mikrofrakturierung wird demgegenüber eine Ersatzknorpelbildung induziert bzw. die Bildung von faserknorpeligem Reparaturgewebe angeregt (Pschyrembel, a.a.O., S. 7, 1155). Dass Abrasionsplastiken nicht mehr durchgeführt würden, wird von Dr. C.____ weder belegt noch begründet. Immerhin findet die fragliche Operationsmethode - auch wenn sie offensichtlich nur unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll ist - in der neuesten Auflage des medizinischen Nachschlagewerks Pschyrembel (a.a.O., S. 7) Erwähnung. Im Übrigen hält auch Dr. J.____ im Konsultationsbericht vom 3. Oktober 2018 fest, dass unklar bleibe, weshalb beim Beschwerdeführer mit dem Knorpelschaden femoral, einem gut erhaltenen Knorpel tibial sowie intaktem Innenmeniskus die Indikation zur teilprothetischen Versorgung gestellt worden sei (act. G 5.1.1). Unbegründet lässt Dr. C.____ schliesslich seinen Einwand gegen Mikrofrakturierungen. Wenn er die Refixation eines Flakes wegen Fehlens eines solchen ausschloss, lässt sich daraus - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 (act. G 7) überzeugend bemerkt - folgern, dass man es mit einem verschleissbedingten und keinem traumatisch bedingten Erscheinungsbild zu tun hatte und Dr. C.____ offenbar den von Dr. L.____ der MRI-Bildgebung vom 14. Dezember 2017 entnommenen grossen abgesplitterten Knorpelflake (vgl. Untersuchungsbericht vom 23. Oktober 2018 [act. G 16.1.2]) intraoperativ nicht feststellen konnte. Damit übereinstimmend beschreibt Dr. N.____ - wie von Dr. O.____ festgestellt (act. G 20.1, S. 10) - in seinem Konsultationsbericht vom 4. April 2019 einen Knorpelschaden an der dorso-medialen Femurkondyle, jedoch keinen Flake, und zudem einen tangential abgeschilferten Knorpelschaden, was laut Definition von Dr. G.____ (Suva-act. 89, S. 6 f.) einem degenerativen Knorpelschaden gleichkommt (vgl. act. G 18.1.1). Wäre ein grosses Knorpelstück tangential bei den Ereignissen vom 21. oder 27. November 2017 vom medialen Femurkondylus abgeschert worden, wäre laut Dr. O.____ direkt ein blutiger Kniegelenkserguss entstanden. Denn der Defekt reiche bis auf den Knochen. Aus dieser Schicht hätte es geblutet (act. G 20.1, S. 10). Nachdem sich erstmals in der MRI-Bildgebung vom 14. Dezember 2017 ein Knochenmarksödem objektivieren liess (Suva-act. 13), die zeitnah erhobenen klinischen Befunde jedoch keine Hinweise auf ein solches ergeben hatten (vgl. Erwägung 5.2.3), und der vorliegende Knorpelschaden unbestrittenermassen bis auf den Knochen ging (vgl. Suva-act. 40 f., 89, S. 6), ist folglich auch vor diesem Hintergrund ein traumatischer Knorpelschaden unwahrscheinlicher als ein vorbestehender. Die Zermalmung eines Flakes bis zur MRI-Untersuchung vom 14. Dezember 2017 ist laut überzeugender Beurteilung von Dr. O.____ (act. G 20.1, S. 9 f.) allenfalls (nur) möglich, damit jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Weshalb Dr. C.____ schliesslich keine Knochenknorpeltransplantation durchgeführt hat, lässt er - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 festgestellt (act. G 7) - offen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von Dr. C.____ am 29. Mai 2018 durchgeführte Knieteilprothese unikondylär medial rechts ein weiterer bedeutsamer

Hinweis gegen einen traumatisch bedingten Knorpelschaden darstellt. Die obigen Erwägungen lassen es in ihrer Gesamtheit wahrscheinlicher erscheinen, dass die Operationsmassnahme von Dr. C.____ auf eine vorbestehende degenerative Gonarthrose ausgerichtet gewesen war. Diskutiert wird schliesslich in den medizinischen Akten die in der MRI-Bildgebung vom 14. Dezember 2017 (Suva-act. 13) zur Darstellung gelangende ausgedehnte perifokale Osteodystrophie bzw. das ausgedehnte Knochenmarksödem (vgl. dazu Suva-act. 40). Laut Dr. G.____ und Dr. O.____ können sich solche Veränderungen infolge eines ausgeprägten Knorpelschadens bei Arthrose oder als Folge einer Traumatisierung ausbilden (Suva-act. 89, S. 5; act. G 20.1, S. 11 f.). Insofern wird in den medizinischen Akten nachvollziehbar die Frage erörtert, ob sich aus dem vorliegenden Knochenmarksödem Hinweise für einen vorbestehenden degenerativen oder für einen traumatisch bedingten Knorpelschaden am medialen Femurkondylus ergeben. Während Dr. G.____ das Knochenmarksödem am medialen Femurkondylus offenbar als Distorsionsverletzung betrachtet, jedoch von einer reversiblen Unfallfolge und von einer vorübergehenden, zeitlich limitierten Aktivierung eines degenerativen Vorzustandes im rechten Kniegelenk spricht (Suva-act. 89, S. 5, 7), hält Dr. O.____ einen traumainduzierten Kniegelenkserguss für unwahrscheinlich (act. G 20.1, insbesondere S. 13). Dr. C.____ sieht demgegenüber die Osteodystrophie als Begleiterscheinung eines unfallbedingten Knorpelschadens (act. G 1.1.3, S. 4). Die Beurteilung von Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. G 1.1.3) gründet einzig darauf, dass er die Knorpelschädigung als traumatisch bedingt betrachtet. Erläuterungen, welche konkret die Osteodystrophie betreffen, lassen sich seiner Stellungnahme keine entnehmen. Dr. O.____ äussert sich zu dem - von Dr. G.____ angenommenen - häufig als Bone bruise bezeichneten Knochenmarksödem zufolge eines Traumas. Es gebe dabei Veränderungen, die nach einem Trauma auf ein typisches Verletzungsmuster hinweisen würden. Sie würden als "footprint" dieser Verletzungsmuster bezeichnet. Typisch sei beispielsweise ein Knochenmarksödem des lateralen Femurkondylus und des latero-dorsalen Tibiaplateaus bei VKB-Ruptur oder auch ein Knochenmarksödem des lateralen Femurkondylus und der medialen Patellafacette als Hinweis auf eine stattgehabte Patellaluxation. Die im vorliegenden Fall dokumentierte Verteilung der Signalstörungen im medialen Femurkondylus, im medialen Tibiaplateau und in der Patella würden jedoch nicht zu einem typischen Verletzungsmuster, vor allem nicht zur Zerrung des VKB und des medialen Kollateralbandes passen. Im vorliegenden Fall sei die Signalstörung im Bereich des medialen Femurkondylus sehr ausgedehnt. Das sei - ohne eine Fraktur - für ein Knochenmarksödem als Folge eines Traumas ungewöhnlich, schliesse selbstverständlich aber ein Trauma als Ursache nicht aus. Da klinische Zeichen einer schweren Kontusion des medialen Femurkondylus zeitnah zu den Ereignissen vom 21. und 27. November 2017 fehlen würden, erscheine eine Kontusion nicht als überwiegend wahrscheinliche Ursache der Signalveränderung im medialen Femurkondylus. Weil im vorliegenden Fall der Kniegelenkserguss und die Synovialitis erstmals in den MRI-Bildern vom 14. Dezember 2017 dokumentiert worden seien und zuvor ein Kniegelenkserguss ausgeschlossen werde, sei es unwahrscheinlich, dass der Reizzustand des Kniegelenks Folge der Unfälle vom 21. und 27. November 2017 sei. Denn ein traumainduzierter Kniegelenkserguss entstehe spätestens innerhalb weniger Tage (und nicht Wochen). Wäre ein grosses Knorpelstück tangential bei den Ereignissen vom 21. oder 27. November 2017 vom medialen Femurkondylus abgeschert worden, so wäre ein blutiger Kniegelenkserguss direkt entstanden. Denn der Defekt reiche bis auf den Knochen. Aus dieser Schicht hätte es geblutet (act. G 20.1, S. 10 ff.). Auch wenn der Kniegelenkserguss einer Aktivierung einer

vorbestehenden Arthrose entsprechen würde, wäre der deutlich verzögerte Beginn erst zwei bis drei Wochen später äusserst ungewöhnlich. Der Befund in der Serie 4 der MRI-Bildgebung entspreche sodann nicht einem traumatischen Knorpelschaden. Die Veränderung betreffe eindeutig den Knochen (act. G 20.1, S. 13). Die Ausführungen von Dr. O.____, dass Knochenmarksödeme nicht zu Bänderzerrungen passen, erscheinen schlüssig und überzeugend. Dass die für ein Knochenmarksödem im Bereich des medialen Femurkondylus vorausgesetzte schwere Kontusion nicht als nachgewiesen betrachtet werden kann, wurde bereits in den Erwägungen 5.2.3 f. dargelegt, weshalb ein daraus entstandenes traumatisches Knochenmarksödem - wie von Dr. O.____ festgestellt - nicht erklärbar erscheint. Ebenfalls ausgeführt wurde, dass zeitnah zu den Distorsionen klinisch weder eine Schwellung noch ein Erguss erhoben werden konnte. Auch deshalb erscheint die Schlussfolgerung von Dr. O.____, es liege im vorliegenden Fall kein traumatisch bedingtes Knochenmarksödem vor - auch nicht im Sinne einer traumatisch bedingten Aktivierung einer vorbestehenden Arthrose -, einleuchtend. So haben laut medizinischer Literatur schwere Knieverletzungen, wie Knochen- und Knorpelverletzungen, in der Regel auch massive Symptome zur Folge und sind durch Blutungen ins Gelenk hinein gekennzeichnet. Ein Hämarthros (= Blut im Gelenk), welches im MRI-Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2017 explizit verneint wurde (Suva-act. 13), bildet sich rasch nach dem Unfall zurück (vgl. Debrunner, a.a.O., S.1096). Dr. O.____ stellt sich gegen die von Dr. J.____ im Konsultationsbericht vom 3. Oktober 2018 beschriebenen frischen Einblutungen und kleinen Frakturlinien, welche für ein frisches traumatisches Geschehen sprechen würden (act. G 5.1.1). Er hält überzeugend fest, dass sich diese Einschätzung der MRI-Bilder nicht mit dem Inhalt der radiologischen Berichte von Dr. E.____ vom 14. Dezember 2017 (Suva-act. 13) und Dr. H.____ vom 20. März 2018 (Suva-act. 40) decke. Laut Dr. O.____ entstehen Frakturen von Knochenbälkchen im medialen Femurkondylus bei einer direkt auf den Knorpel und den darunterliegenden Knochen einwirkenden Gewalt. Im vorliegenden Fall würden jedoch weder die Hergangsschilderung noch der zeitnah erhobene klinische Befund zu einer solchen schädigenden Gewalt passen, die mindestens einem Sturz aus vier Metern Höhe entsprechen müsste. Frakturen würden regelhaft zu einem knöchernen Heilungsvorgang führen. Die Knochenbruchheilung wäre mit den MRI-Bildern vom 20. März 2018 dargestellt worden. Dr. H.____ beschreibe jedoch keine solche Reaktion des Knochens und eine unveränderte Chondropathie der medialen Femurkondyle vom Grad IV (act. G 20.1, S. 9). Zu ergänzen ist, dass im MRI-Untersuchungsbericht von Dr. E.____ weder Frakturlinien Erwähnung gefunden haben noch explizit von frischen Einblutungen gesprochen worden ist. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ausführliche und nachvollziehbar begründete Beurteilung von Dr. O.____ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darauf schliessen lässt, dass letztlich auch mit Blick auf die am 14. Dezember 2017 radiologisch erhobene Osteodystrophie im Bereich des medialen Femurkondylus nicht von einem traumatisch bedingten Knorpelschaden auszugehen ist. Selbst wenn jedoch der Beurteilung von Dr. G.____ folgend von einem Kniegelenkserguss im Sinne einer traumatisch bedingten Aktivierung einer vorbestehenden Arthrose ausgegangen würde, könnte nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes ausgegangen werden und wäre eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus ebenfalls nicht zu begründen (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6). Den Konsultationsberichten von Dr. J.____ vom 3. Oktober 2018 (act. G 5.1.1), Dr. L.____ vom 23. Oktober 2018 (act. G 16.1.2) und Dr. N.____ vom 4. April 2019 (act. G 18.1.1) sind sodann keine weiteren Aspekte und

Begründungen zu entnehmen, welche mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen traumatisch bedingten Knorpelschaden im Bereich des medialen Femurkondylus begründen könnten. Dr. N.____ stellt einzig fest, dass aus aktueller Sicht ein Trauma des rechten Kniegelenks mit dem ersten MRI plausibel sei. Dass sich diese Schlussfolgerung allein aus dem Knochenmarksödem nicht ziehen lässt und eine frisch anmutende Abschilferung nicht belegt ist, wurde in Erwägung 5.4 dargelegt. Dr. J.____ und Dr. L.____ beschränken sich in ihren Berichten eigentlich nur auf die blosser Feststellung einer Unfallkausalität des fraglichen Knorpelschadens, ohne diese jedoch anhand objektiver Gesichtspunkte substantiiert und hinreichend klärend zu begründen. Die alleinige Feststellung, eine Unfallkausalität passe gut zur Anamnese, wonach der Beschwerdeführer vor dem Unfall absolut beschwerdefrei gewesen sei (act. G 5.1.1, G 16.1.2), reicht nicht aus, um von einer natürlich unfallkausalen Knorpelschädigung auszugehen. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein eines Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (vgl. zur beweisrechtlich untauglichen Formel "post hoc ergo propter hoc" z. B. in Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. G.____ vom 12. Juli 2018 (Suva-act. 89) und Dr. O.____ vom 1. Mai 2019 (act. G 20.1) bestehen. Beweismässige Weiterungen erübrigen sich. Bei diesem Beweisergebnis kann mithin auf deren Beurteilung abgestellt werden, der in der MRI-Bildgebung vom 14. Dezember 2017 (Suva-act. 13) und 20. März 2018 (Suva-act. 40) sowie intraoperativ am 29. Mai 2018 (Suva-act. 70) erhobene Knorpelschaden am medialen Femurkondylus rechts sei nicht überwiegend wahrscheinlich durch die Unfälle vom 21. oder 27. November 2017 verursacht worden, sondern habe bereits als degenerativer Gesundheitsschaden vorbestanden. Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass im vorliegenden Fall weder von einem neuen unfallbedingten strukturellen Schaden noch von einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes auszugehen ist (vgl. dazu Erwägungen 4.1 f.). Demnach bleibt die Leistungseinstellung in Bezug auf eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes oder in Bezug auf eine neue vorübergehende Gesundheitsschädigung zu prüfen (vgl. Erwägung 4.3). Die Beschwerdegegnerin hat für eine durch die Distorsionstraumen vom 21. oder 27. November 2017 erlittene vorübergehende Gesundheitsschädigung ihre Leistungspflicht anerkannt. Wie bereits erwähnt, ist als überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen zu betrachten, dass die beim Beschwerdeführer am 14. Dezember 2017 radiologisch objektivierten Zerrungen des LCM und des VKB traumatisch verursacht worden sind. Auch zeigte das rechte Kniegelenk in der MRI-Untersuchung ein Knochenmarksödem bzw. eine Osteodystrophie. Ausserdem spricht insbesondere Dr. G.____ von einer vorübergehenden, zeitlich limitierten Aktivierung der Gonarthrose. Die Aktivierung einer Arthrose findet zwar laut Dr. O.____ nur selten durch ein Trauma statt. Ein von einer Arthrose betroffenes Gelenk könne traumatisiert werden, ohne dass dadurch eine Aktivierung der Arthrose erfolge. Dennoch erklärt er weiter, dass sich die Aktivierung häufig wieder zurückbilden würde und sogar wieder asymptomatische Zustände erlangt werden könnten; wahrscheinlich sei es durch die Ereignisse zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des wohl bis anhin asymptomatischen Vorzustandes

gekommen. Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Distorsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412, 1096 f.). Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben also solche präsentieren. Dr. G.____ und Dr. O.____ gehen in ihren Beurteilungen von einer Heilung des Knochenmarksödems und der aktivierten vorbestehenden Gonarthrose spätestens im Zeitpunkt der zweiten MRI-Untersuchung vom 20. März 2018, d.h. rund vier Monate nach den Unfällen, aus (Suva-act. 89, S. 7; act. G 20.1). Nachdem Dr. G.____ jedoch in seiner Beurteilung vom 12. April 2018 eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit festgehalten hatte - 50% ab 23. März 2018 und 100% ab 15. April 2018 (Suva-act. 43) - stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 30. April 2018 ein (Suva-act. 44). Unbestritten eingetreten ist bis zum Leistungseinstellungszeitpunkt eine Heilung der Seitenbandzerrungen. So wurden im MRI-Untersuchungsbericht vom 20. März 2018 hinsichtlich der Bänderzerrungen keine Befunde mehr erhoben, sondern es wurde nur noch von intakten Bändern gesprochen (Suva-act. 40). Die Beschwerdegegnerin verweist in der Beschwerdeantwort vom 9. November 2018 (act. G 7) auf den Reintegrationsleitfaden Unfall des Schweizer Versicherungsverbandes (nachfolgend: Reintegrationsleitfaden), wonach bei Kniedistorsionen mit einer Behandlungsdauer von höchstens 24 Wochen gerechnet werden müsse (Kapitel 08B, lit. b, S. 14). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wendet in der Replik vom 3. April 2019 (act. G16) berechtigterweise ein, dass es sich bei den Heilungsfristen des Reintegrationsleitfadens um Standardfristen handle. Ein solcher Leitfaden vermag allenfalls Richtwerte zu liefern, deren strikte Verbindlichkeit dem zu beurteilenden Einzelfall indes nicht genügen kann. Weist der Gesundheitszustand einer versicherten Person im Einzelfall auf eine frühere Genesung oder eine längere Heilungsdauer hin, gibt es keinen Grund, die Versicherungsleistung bereits früher einzustellen oder einen weiterdauernden Anspruch auf Versicherungsleistungen zu verneinen. Im vorliegenden Fall gingen die versicherungsinternen Ärzte bzw. die Beschwerdegegnerin von einer gegenüber dem Richtwert im Reintegrationsfaden kürzeren Heilungsdauer aus. In den vorliegenden Akten finden sich denn auch Hinweise, welche den entsprechend festgelegten Status quo sine vel ante als korrekt erscheinen lassen. Hinsichtlich des Knochenmarksödems des medialen Femurkondylus stellt Dr. G.____ zutreffend fest, dass dieses im MRI-Untersuchungsbericht vom 20. März 2018 als weitgehend resorbiert beschrieben worden sei. Laut Untersuchungsbericht von Dr. C.____ vom 9. April 2018 bestand damals nur noch ein kleines Restareal am medialen Kondylus (Suva-act.41). Dr. G.____ weist zudem richtig darauf hin, dass anlässlich einer Untersuchung vom 23. April 2018 durch Dr. C.____ eine weitgehende Beschwerdefreiheit bezüglich des rechten Kniegelenks bestand. Der Beschwerdeführer nahm zwar zu diesem Zeitpunkt Schmerzmittel wegen Rückenproblemen ein (Suva-act. 48) und klagte anlässlich der Untersuchung vom 4. Mai 2018 durch Dr. C.____ wieder über dauernde Schmerzen (Suva-act. 57). Doch ist zu beachten, dass die Heilung eines traumatisch bedingt

symptomatisch gewordenen degenerativen Vorzustandes kontinuierlich erfolgt und eine zeitlich genaue Erfassung der Heilung bzw. eine exakte Differenzierung zwischen überwiegend wahrscheinlich unfallbedingten und unfallfremden Aspekten nicht möglich ist, zumal die Aktivierung an sich nie wirklich sichtbar gewesen sein muss. Anders stellt sich die Sachlage bei einem Knochenmarksödem dar, dessen Rückbildung radiologisch erfasst werden kann. Insgesamt darf mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass gleichzeitig mit der Rückbildung des Knochenmarksödems der Aktivierung der Arthrose keine gesonderte Bedeutung mehr zukam und auch diesbezüglich der Status quo sine vel ante erreicht war. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. August 2018, mit welchem die Beschwerdegegnerin für die Knieproblematik rechts ihre Leistungen per 30. April 2018 eingestellt und eine weitergehende Leistungspflicht abgelehnt hat, ist folglich nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hält demzufolge in der Duplik vom 23. Mai 2019 (act. G 20) richtig fest, dass die nach Eintritt des Status quo sine vel ante durchgeführte Operation vom 29. Mai 2018 mit Implantation einer Kniegelenkprothese rechts (Suva-act. 70) keine Unfallfolgen adressierte, weshalb die Beschwerdegegnerin in Bezug auf diesen operativen Eingriff nicht leistungspflichtig ist. Dies unabhängig davon, ob es sich dabei allenfalls um eine Fehlbehandlung gehandelt hat. Die Berufung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf Art. 6 Abs. 3 UVG (Leistungspflicht bei Schädigungen bei der Heilbehandlung) ist damit wirkungslos. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entsprechend dem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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