

## **SO\_GERICHTE VSBES.2016.161 vom 2. Mai 2016**

SO Obergericht, 2016-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.161](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.161)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.161 du 2 mai 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.161 del 2 maggio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

ff.) erklärte sie, der Beschwerdeführer erhalte für die Folgen des Schadenfalls vom 21. Oktober 2014 ihre Versicherungsleistungen. 2. Die Beschwerdegegnerin zog weitere Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte bei. Am 17. Februar 2015 führte Dr. med. B.\_\_\_\_ einen operativen Eingriff durch (im Operationsbericht [Suva-Nr. 46] wie folgt beschrieben: «Arthroskopie rechtes Knie in Oberschenkel-Blutsperrre; Resektion der traumatisierten Plica medio- und infrapatellaris»). Am 15. Juni 2015 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ schliesslich über einen sehr unbefriedigenden Verlauf (Suva-Nr. 69). Am 25. September 2015 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Oberarzt Klinik [...], untersucht (Bericht vom 29. September 2015, Suva-Nr. 91), am 30. Oktober 2015 ausserdem durch PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, von derselben Klinik (Bericht vom 2. November 2015, Suva-Nr. 105). Daneben fanden weitere Untersuchungen statt, welche das linke Knie und die linke Schulter betrafen (vgl. Suva-Nr. 108). Am 10. November 2015 nahm die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Unfallkausalität Stellung (Suva-Nr. 112). 3. Mit Verfügung vom 17. November 2015 (Suva-Nr. 116) stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) auf den 22. November 2015 ein. Der Beschwerdeführer liess dagegen Einsprache erheben (Schreiben vom 17. Dezember 2015, Suva-Nr. 125). In der Folge wurden weitere Arztberichte zu den Akten genommen (Suva-Nr. 126, 134, 135). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin eine erneute Stellungnahme der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 21. April 2016 ein (Suva-Nr. 138). 4. Mit Einspracheentscheid vom 2. Mai 2016 (Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache ab. 5. Am 3. Juni 2016 lässt der Beschwerdeführer dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 11 ff.): 1. Der Einspracheentscheid vom 2. Mai 2016 sei aufzuheben. 2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin Leistungen nach UVG (Taggelder und Heilungskosten) auszurichten. 3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine unabhängige medizinische Begutachtung durchzuführen. 4. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und den Unterzeichneten als seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bestellen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. 6. In ihrer Beschwerdeantwort vom

#### **E. 17**

S. 63 E. 7.2, 8C\_239/2008).

3.6 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, mit Hinweisen; Urteile

des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1 und 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre im Anschluss an das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 ausgerichteten Versicherungsleistungen mit dem Einspracheentscheid vom 2. Mai 2016 zu Recht mit dem 22. November 2015 eingestellt hat.

5. Den Akten lassen sich insbesondere die folgenden Informationen entnehmen, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Unfallkausalität (bezogen auf die Beschwerden am rechten Knie) relevant sein können:

5.1 In der korrigierten Schadenmeldung vom 21. November 2014 (Suva-Nr. 11) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 21. Oktober 2014, 08.30 Uhr, auf einer Baustelle aus einer Baumaschine gestiegen und habe die Treppe hinunter laufen wollen. Dabei sei er die Treppe hinunter gestolpert und mit dem rechten Bein auf den Betonboden gefallen. Er habe in der Folge bis zum 31. Oktober 2014 (letzter Arbeitstag nach Kündigung [vgl. Suva-Nr. 21]) normal weiter gearbeitet. Am 3. November 2014 habe er wegen aufgeschwollenem Bein Dr. med. C.\_\_\_\_ aufgesucht.

5.2 Dr. med. B.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 11. November 2014 aus, der Beschwerdeführer habe sich bei ihm am Vortag vorgestellt. Am 21. Oktober 2014 sei es bei der Anlieferung einer neuen Maschine zu einem Misstritt mit dem linken Bein auf einer Stufe gekommen, mit Sturz und Anpralltrauma des rechten Knies. Es bestehe eine Schwellung und ein Erguss des rechten Kniegelenks mit tastbarer Bursitis präpatellaris. Die bedeckende Haut sei gut verschieblich und leicht gerötet. Diagnostiziert wird (am rechten Knie) eine Prellung des rechten Knies mit Bursitis präpatellaris vom 21. Oktober 2014. Die Röntgenuntersuchung beider Knie zeige keinen Anhalt für eine frische knöcherne Läsion oder Luxation. Beidseits bestehe eine geringe mediale Gelenkspaltverschmälerung. Deutlich sichtbar sei eine Weichteilschwellung präpatellar rechts bei beidseits zentral geführter Patella. Am 22. November 2014 berichtet Dr. med. B.\_\_\_\_ über anhaltende Schmerzen am rechten Knie und Schwellung und hält fest, er habe eine MRI-Untersuchung veranlasst (Suva-Nr. 12).

5.3 Die MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 24. November 2014 ergab gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie (Suva-Nr. 11 S. 10) folgenden Befund: «Altersentsprechend normales Signal des Knochenmarks der mitabgebildeten Skelettabschnitte. Erhaltene Zentrierung der Patella im femoralen Gleitlager. Kein relevanter Knorpelschaden femoropatellär sowie im medialen und im lateralen Kniegelenkskompartiment. Nicht traumatisierte, infrapatelläre Plica. Intakte Kreuz- und Kollateralbänder. Fragliche, fissurale basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskus am Übergang Hinterhorn/Corpus. Corpus und Vorderhorn sind intakt. Normale Konfiguration und Signalintensität des lateralen Meniskus. Normale Signalintensität des Hoffa'schen Fettkörpers. Kein Gelenkserguss. Schlitzförmige Baker-Zyste.

In der Beurteilung erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_ als relevante Ergebnisse eine fragliche, fissurale, basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskus-Hinterhorns am Übergang zum Corpus sowie eine ausgeprägte Bursitis präpatellaris.

5.4 In seinem Bericht vom 20. Dezember 2014 (Suva-Nr. 27; vgl. auch Suva-Nr. 19 und 31) diagnostiziert Dr. med. B.\_\_\_\_ eine Prellung des rechten Knies mit Innenmeniskusriss und Bursitis präpatellaris vom 21. Oktober 2014. Bei der ersten diesbezüglichen Konsultation vom 10. November 2014 habe eine ausgeprägte Bursitis präpatellaris bestanden, bei der letzten Untersuchung vom 17. Dezember 2014 schwellte der Schleimbeutel ab. Es bestünden jedoch anhaltende Schmerzen an der Innen- und Aussenseite des rechten Kniegelenks. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine rückläufige Schwellung der Bursa mit tastbaren Verhärtungen. Die Innenmeniskuszeichen seien positiv. Als Therapie komme bei anhaltenden Beschwerden eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks zur Klärung der Innenmeniskusproblematik infrage. Eine Indikation zur Entfernung des Schleimbeutels bestehe nicht.

Dr. med. B.\_\_\_\_ s Bericht vom 26. Januar 2015 (Suva-Nr. 36, 45 S. 4; vgl. auch Suva-Nr. 41) hält fest, am rechten Knie bestünden anhaltenden Schmerzen an der Innenseite. Die Bursitis habe sich zurückgebildet. Objektiv finde sich eine reizlose Bursa präpatellaris mit tastbarer Narbe, die Innenmeniskuszeichen seien positiv. Für den 17. Februar 2015 sei eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks vorgesehen.

Im Operationsbericht über den Eingriff vom 17. Februar 2015 (Suva-Nr. 46 S. 1 f.) nennt Dr. med. B.\_\_\_\_ als Diagnose eine traumatisierte Plica mediopatellaris und eine verheilte menisko-ligamentäre Dissoziation medial. Vorgenommen worden sei eine Arthroskopie am rechten Knie in Oberschenkel-Blutsperre sowie eine Resektion der traumatisierten Plica medio- und infrapatellaris. Zum Verlauf der Operation wird ausgeführt, der Knorpelüberzug des medialen Tibiaplateaus und der medialen Femurcondyle sei unauffällig. Der Innenmeniskus weise eine glatte Ober- und Unterfläche mit zarter Schneide auf. Er lasse sich an keiner Stelle mit dem Tasthaken hervorluxieren. Im Bereich der Pars intermedia fänden sich Vernarbungen als Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation. Interkondylär fänden sich regelrecht inserierende Kreuzbänder mit intaktem synovialen Überzug, welche bei der Hakenuntersuchung fest seien. Die Plica infrapatellaris sei hypertroph. Über den frei entfaltbaren äusseren Rezessus werde in den oberen Rezessus eingegangen. Retropatellär und in der Trochlea bestünden keine Knorpelschäden. Es bestehe eine hypertrophe Plica mediopatellaris mit Impingement bei Flexion. Nach Eingehen nach medial erfolge die Resektion der hypertrophen Plica infrapatellaris und eine partielle Hoffa-Resektion, anschliessend die Resektion der Plica mediopatellaris.

Im Bericht an Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2015 (Suva-Nr. 46 S. 3) hält Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, wegen anhaltender Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sei die Indikation zur Arthroskopie gestellt worden. Diese sei ohne intraoperative Besonderheiten durchgeführt worden. Als Nachweis der Meniskusverletzung habe sich eine vernarbte menisko-ligamentäre Dissoziation der Pars intermedia des Innenmeniskus gefunden.

In Berichten vom 14. und 16. Mai 2015 (Suva-Nr. 63, 65) teilt Dr. med. B.\_\_\_\_ mit, am 13. Mai 2015 sei wieder der gleiche Schmerz an der Innenseite des rechten Kniegelenks wie vor der Operation angegeben worden. Vorgesehen sei eine Kontroll-MRT zum Ausschluss einer Innenmeniskusruptur.

5.5 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie/Nuklearmedizin FMH, führt in der Beurteilung der MR-Kniegelenksaufnahmen rechts (Arthro) vom 26. Mai 2015 (Suva-Nr. 66) aus, es zeige sich eine deutlich progrediente Vernarbung des Hoffafettkörpers, aktuell

jedoch ohne Weichteilödem. Weiter bestehe ein persistierender feiner Unterflächeneinriss in der mediodorsalen Zirkumferenz des medialen Meniskushinterhorns. Keine persistierende meniskoligamentäre Separation. Bis auf ein diskretes narbiges Residuum bestehe eine komplette Remission der ehemals sehr ausgeprägten Bursitis präpatellaris. Ansonsten zeige sich eine unauffällige Knorpelsituation patellofemoral und femorotibial.

5.6 Am 15. Juni 2015 berichtet Dr. med. B.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 69), der Verlauf sei sehr unbefriedigend, sowohl in Bezug auf beide Knie als auch die linke Schulter. Am rechten Knie bestünden starke Vernarbungen nach posttraumatischer Bursitis, ein persistierender Unterflächenriss des Innenmeniskus und ebenfalls progrediente Vernarbungen. Deshalb bestehe (auch) am rechten Knie die Indikation zur Rearthroscopie. Mit der Bitte um entsprechende Kostengutsprache verbinde er diejenige um eine kreisärztliche Untersuchung zur Indikation für die geplanten Eingriffe und zur Beurteilung der Kausalität.

5.7 Dr. med. D.\_\_\_\_ von der Klinik [...], den der Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung aufgesucht hatte, erhob folgenden Befund am rechten Knie (Bericht vom 29. September 2015, Suva-Nr. 91): «Kein Erguss, keine Schwellung, keine Rötung oder Überwärmung. Druckempfindlichkeit über medialem Kompartiment, freie Beweglichkeit, stabiler Bandapparat, Meniskuszeichen fraglich positiv nach medial, DMS allseits intakt.» Das MRI vom 26. Mai 2015 zeige eine fragliche intrameniskale Läsion im Übergang zum Hinterhorn sowie eine fragliche, etwas mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes. Ansonsten seien hinteres Kreuzband, Seitenbänder sowie Knorpel unauffällig. Weiter legt Dr. med. D.\_\_\_\_ dar, er könne am rechten Kniegelenk keine spezifische Einschränkung oder Verletzung aufgrund der klinischen Untersuchung sowie der vorliegenden MRI-Untersuchung feststellen. Er sehe in keinsten Weise eine Indikation für ein operatives Vorgehen. Er könne den Beschwerdeführer auch nicht arbeitsunfähig schreiben und sehe keine Einschränkung.

5.8 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 16. Oktober 2015 mit, der neue Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, habe ihm nun noch einen Termin beim Chefarzt der Klinik [...] vermittelt (Suva-Nr. 94). Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigte am 24. Oktober 2015, es werde noch eine konsiliarische Untersuchung durch PD Dr. med. E.\_\_\_\_ stattfinden (Suva-Nr. 99). Dieser hält in seinem Bericht vom 2. November 2015 (Suva-Nr. 105) fest, es lasse sich aus orthopädischer, kniespezialistischer Sicht an beiden Kniegelenken keine relevante Pathologie finden, weder klinisch noch radiologisch. Es gehe nun vor allem darum, den Beschwerdeführer nicht zu operieren, solange nicht ein wesentlicher neuer Gesichtspunkt aus objektiver Quelle vorliege. Er habe keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Medizinisch sei es wohl so, dass der Beschwerdeführer aus verschiedenen Gründen Restschmerzen habe, chirurgisch behandelbar seien diese aus seiner, Dr. med. E.\_\_\_\_s Sicht, an den Kniegelenken zurzeit nicht.

5.9 Die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ fasst in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112) zunächst die vorhandenen medizinischen Unterlagen zusammen. In ihrer Beurteilung führt sie aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien zwei Punkte zu diskutieren: Die menisko-ligamentäre Dissoziation und die Läsion im medialen Meniskushinterhorn. Zum ersten Punkt sei zu sagen, dass in diesem Bereich intraoperativ noch Vernarbungen als Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation zu sehen gewesen seien. Mit anderen Worten sei die menisko-ligamentäre Dissoziation zum Zeitpunkt der Operation längst abgeheilt gewesen, und zwar folgenlos. Der zweite Punkt, die Meniskusläsion im medialen Hinterhorn, werde in den MRIs beschrieben, sei aber in

der Operation vom 17. Februar 2015 nicht gefunden worden, obwohl laut Operationsbericht explizit nach einer solchen Läsion gesucht worden sei. Auch in den Vorberichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ (gemeint wohl eher: Dr. med. D.\_\_\_\_) und PD Dr. med. E.\_\_\_\_ werde keine spezifische Einschränkung oder Verletzung aufgrund der vorliegenden MRI-Untersuchung beschrieben. Falls trotzdem ein Unterflächenriss im medialen Hinterhorn angenommen werde, wäre dieser versicherungsmedizinisch als unfallfremd, also vorbestehend und degenerativ zu werten. Dies aufgrund der Lage und der Art (Hinterhorn, Unterfläche), die in der heutigen Literatur klar als degenerativen Ursprungs gesehen würden, sowie aufgrund des Unfallmechanismus mit offenbar direktem Sturz auf das rechte Knie. Dieser Mechanismus qualifiziere nicht für eine Meniskusläsion. Zusammenfassend bestehe am rechten Knie kein unfallbedingter Schaden mit Folgen. Die menisko-ligamentäre Dissoziation medial sei zum Zeitpunkt der Operation vom 17. Februar 2015 bereits folgenlos abgeheilt gewesen. Bei der Operation seien die Plica medio- und infrapatellaris reseziert worden. Diese Schleimhautfalten hätten keinen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2014.

5.10 Dr. med. I.\_\_\_\_ erklärt in seinem Zwischenbericht vom 6. Februar 2016 (Suva-Nr. 134), er sei nun die letzte Anlaufstelle in einer langen Kette. Er habe den Beschwerdeführer lediglich für eine Zweitmeinung an die Klinik [...] geschickt (vgl. E. II. 5.7 und 5.8 hiervor). Der Beschwerdeführer habe bei Status nach drei Unfällen Schmerzen, er hinke, der Schlaf sei gestört und es bestünden Anlaufschmerzen. Gegenwärtig finde keine Behandlung statt. Er schlage eine kreisärztliche Untersuchung vor.

5.11 Am 5. Februar 2016 wurde der Beschwerdeführer durch Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, untersucht. Dieser führt in seinem Sprechstundenbericht vom 8. Februar 2016 (Suva-Nr. 135) aus, in einer einstündigen Konsultation und mit zwei mitgebrachten Berichten-Bundesordnern klagte der Beschwerdeführer über Beschwerden am linken Kniegelenk, an der linken Schulter und am rechten Kniegelenk. Im Vordergrund stünden die Beschwerden des linken Kniegelenks. Das rechte Kniegelenk zeige eine unauffällige Untersuchung mit leichter Druckdolenz am Tractus lateralis. Die konventionellen Röntgenaufnahmen zeigten an beiden Kniegelenken in allen Ebenen beidseits keine Pathologien, eine physiologische Patella alta, keine Arthrosen. Der Beschwerdeführer leide unter posttraumatischen Kniegelenksbeschwerden beidseits und Schulterbeschwerden links. Da die subjektive Situation der betroffenen Gelenke nicht konklusiv mit den klinischen und radiologischen Befunden übereinstimme, sei von einem posttraumatischen «Schmerzsyndrom» der Gelenke zu sprechen. Empfohlen werde die Weiterführung der konservativen Massnahmen, eine Operation sei an keinem der drei betroffenen Gelenke indiziert. Zu empfehlen sei eine kreisärztliche Untersuchung durch die Suva.

5.12 Die Beurteilung durch die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 21. April 2016 (Suva-Nr. 138) enthält einleitend wiederum eine Zusammenfassung der Vorakten. Sie gelangt zum Ergebnis, die Unterflächenläsion am Innenmeniskus, die im MRI beschrieben wurde, sei bei der Operation vom 17. Februar 2015 nicht gefunden worden, müsste aber ohnehin als unfallfremd betrachtet werden. Eine meniskoligamentäre Dissoziation habe zwar bestanden, im Zeitpunkt der Operation sei sie aber bereits vollständig und folgenlos ausgeheilt gewesen und nicht mehr behandelt worden. Die Plica mediopatellaris und infrapatellaris, die im Rahmen der Operation reseziert wurden, seien durch das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 nicht strukturell verändert worden. Dasselbe gelte für den Hoffa-Fettkörper.

Die durch die neueren Arztberichte dokumentierten Untersuchungen von Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ hätten ebenfalls zum Ergebnis geführt, es bestehe keine durch die klinischen und radiologischen Befunde erklärbare Pathologie.

5.13 Im Beschwerdeverfahren lässt der Beschwerdeführer einen Bericht von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, [...]/Portugal, vom 29. März 2016 einreichen. Darin wird ausgeführt, es sei eine MRT des rechten Knies gemacht worden, die eine innere femorotibiale chondrale Läsion Grad II/III und eine Chondropathia Grad II ergeben habe. In dieser Situation sei es notwendig gewesen, dem Beschwerdeführer eine Spritze mit Hexacetonideo und eine Behandlung mit plättchenreichem Plasma im rechten Knie zu verabreichen.

Weiter wird ein Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie und Traumatologie, [...]/Portugal, vom 24. August 2015 eingereicht. Der Arzt führt aus, die objektive Untersuchung ergebe am rechten Knie einen Vertiefungsbereich in der Knievorderseite (Folge der Bursitis?).

Ebenfalls im Beschwerdeverfahren lässt der Beschwerdeführer ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 auflegen. Der Arzt bestätigt, der Beschwerdeführer sei wegen eines Unfalls bei ihm in Behandlung, und attestiert eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 8. Dezember 2015 bis 17. April 2016.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung schwergewichtig auf die Stellungnahmen der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112; E. II. 5.9 hiervor) und vom 21. April 2016 (Suva-Nr. 138; E. II. 5.12 hiervor). Umstritten ist, ob diese Stellungnahmen für die hier relevanten Fragen beweiskräftig sind. Wie dargelegt, sind ergänzende Abklärungen notwendig, falls auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen bestehen (vgl. E. II. 3.4 hiervor).

6.1 Die Kreisärztin hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht. Der Beschwerdeführer macht geltend, ihre Beurteilungen seien schon aus diesem Grund nicht beweiskräftig. Wie erwähnt (E. II. 3.5 hiervor), kann ein Aktengutachten dann Beweiskraft zukommen, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Diese Konstellation ist hier gegeben. Das Dossier enthält eine ganze Reihe von Berichten verschiedener Ärzte, welche auf eigenen klinischen Untersuchungen basieren, sowie die Ergebnisse mehrerer bildgebender Abklärungen. Diese geben ein umfassendes Bild des hier interessierenden Befundes am rechten Knie ab. Damit besteht eine hinreichende Grundlage für eine Aktenbeurteilung.

6.2 Inhaltlich nimmt Dr. med. F.\_\_\_\_ zu den verschiedenen in den Akten erwähnten Diagnosen und/oder Beschwerdebildern Stellung. Ihre Ausführungen erscheinen als schlüssig. Sie sind nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Sie bilden demnach eine geeignete Entscheidungsgrundlage, falls keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Derartige Indizien könnten sich aus anders lautenden ärztlichen Stellungnahmen oder aus den Vorbringen des Beschwerdeführers ergeben. Dies ist nachfolgend zu prüfen:

6.2.1 Die relativ zeitnah zum Unfall erstellte MRT des rechten Kniegelenks vom 24. November 2014 zeigte gemäss der Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ (E. II. 5.3 hiervor)

eine fragliche, fissurale basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskushinterhorns am Übergang zum Corpus. Im Rahmen der Operation durch Dr. med. B. \_\_\_ wurde, wie die Kreisärztin korrekt festhält, aktiv nach dieser Läsion gesucht. Sie wurde aber nicht gefunden, der mediale Meniskus (= Innenmeniskus) liess sich an keiner Stelle mit dem Tasthaken hervorluxieren (vgl. Operationsbericht, E. II. 5.4 hiervor). Die MRT-Aufnahmen vom 26. Mai 2015 zeigten gemäss der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_ (E. II. 5.5 hiervor) einen persistierenden feinen Unterflächeneinriss in der mediodorsalen Zirkumferenz des medialen Meniskushinterhorns. Dr. med. D. \_\_\_ spricht in seinem Bericht vom 29. September 2015 (E. II. 5.7 hiervor) von einer fraglichen intrameniskalen Läsion im Übergang zum Hinterhorn, und PD Dr. med. E. \_\_\_ hält fest, es lasse sich aus orthopädischer, kniespezialistischer Sicht an beiden Kniegelenken keine relevante Pathologie finden, weder klinisch noch radiologisch. Während der Radiologe Dr. med. H. \_\_\_ demnach einen Unterflächenriss aufgrund der neuen MRT-Aufnahmen bejahte, bezeichneten die orthopädischen Spezialärzte, denen diese Aufnahmen ebenfalls vorlagen, einen solchen Riss als fraglich bzw. verneinten eine relevante Pathologie. Vor diesem Hintergrund ist, wie die Kreisärztin in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. November 2015 (E. II. 5.9 hiervor) darlegt, eine Meniskusläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Selbst wenn eine solche vorläge, könnte sie, wie Dr. med. F. \_\_\_ ebenfalls überzeugend ausführt, nicht als Unfallfolge gelten, weil der Unfallmechanismus nicht geeignet war, eine solche hervorzurufen. Es ist gerichtsnotorisch, dass bestimmte Mechanismen in besonderer Weise geeignet sind, einen Meniskusriss zu bewirken. Zu einer traumatischen Meniskusläsion kann es namentlich dann kommen, wenn bei fixiertem Fuss eine forcierte Drehung des Knies oder Oberschenkels stattfindet (sog. Torsionstrauma). Hier stolperte der Beschwerdeführer nach Lage der Akten eine Treppe hinunter und es kam zu einem direkten Anprall des rechten Knies auf den Boden (vgl. Suva-Nr. 1, 2, 4, 5, 11 S. 2). Wenn die Kreisärztin erklärt, dieser Mechanismus sei nicht geeignet, eine Meniskusläsion hervorzurufen, ist dies plausibel. Weiter legt Dr. med. F. \_\_\_ dar, nach aktueller medizinischen Literatur spreche auch die Lage des (allfälligen) Meniskusrisses gegen die Unfallkausalität. Aufgrund der vorliegenden Akten, welche mehrere qualifizierte spezialärztliche Stellungnahmen enthalten, besteht kein Anlass, an dieser Aussage zu zweifeln.

6.2.2 Zur im Operationsbericht erwähnten menisko-ligamentären Dissoziation hält die Kreisärztin Dr. med. F. \_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112) fest, diese sei zum Zeitpunkt der Operation vom 17. Februar 2015 längst abgeheilt gewesen, und zwar folgenlos. Dies stimmt überein mit den Angaben im Operationsbericht (Suva-Nr. 46), der als Diagnose eine verheilte menisko-ligamentäre Dissoziation medial nennt und ansonsten von Vernarbungen im Bereich der Pars intermedia spricht, welche Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation seien. Weder die medizinischen Akten noch die Vorbringen im Beschwerdeverfahren bieten Anlass zu diesbezüglichen Weiterungen.

6.2.3 Die im MRI vom 24. November 2014 ausserdem festgestellte ausgeprägte Bursitis präpatellaris hatte sich laut dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_ vom 26. Januar 2015 (E. II. 5.4 hiervor) bereits zu diesem Zeitpunkt zurückgebildet. Im MRI vom 26. Mai 2015 wurde festgestellt, bis auf ein diskretes narbiges Residuum bestehe eine komplette Remission der ehemals sehr ausgeprägten Bursitis präpatellaris (vgl. E. II. 5.5 hiervor). In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. L. \_\_\_ vom 24. August 2015 wird

zwar die Frage aufgeworfen, ob der (einzige durch diesen Arzt beschriebene) Befund am rechten Knie, ein Vertiefungsbereich in der Knievorderseite, eine Folge der Bursitis bilde. Unebenheiten werden auch in früheren Stellungnahmen erwähnt (vgl. z.B. Suva-Nr. 69 S. 2). Anhaltspunkte dafür, dass sich daraus eine anspruchrelevante Beeinträchtigung ergeben könnte, indem eine Behandlungs-, insbesondere Operationsindikation bestünde oder die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt würde, liegen jedoch nicht vor.

6.2.4 Anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 fand Dr. med. B.\_\_\_\_ eine hypertrophe Plica infrapatellaris und eine hypertrophe Plica mediopatellaris. Diese wurden reseziert. Wie Dr. med. F.\_\_\_\_ darlegt, haben diese Schleimhautfalten keinen Zusammenhang mit dem Unfall. Sie wurden durch diesen auch nicht strukturell verändert, wie sich dem Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 24. November 2014 (E. II. 5.3 hiervor) und auch dem Operationsbericht, der von einer hypertrophen Plica spricht, entnehmen lässt. Selbst wenn man es als denkbar ansehen würde, dass es durch den Unfall zu einer Traumatisierung einer vorbestehenden Plica gekommen sein könnte, welche in der Folge symptomatisch geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_555/2013 vom 18. Dezember 2013 E. 3.2), könnte dies angesichts der damals erfolgten Resektion den hier strittigen Leistungsanspruch ab 22. November 2015 nicht beeinflussen.

6.2.5 Der Beschwerdeführer lässt darauf hinweisen, dass sich in der MRI-Untersuchung vom 26. Mai 2015 eine deutlich progrediente Vernarbung des Hoffa-Fettkörpers zeigte (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 war der Hoffa-Fettkörper teilweise reseziert worden (vgl. Operationsbericht, E. II. 5.4 hiervor). Die relativ zeitnah zum Unfall durchgeführte MRI-Untersuchung vom 24. November 2014 (E. II. 5.3 hiervor) hatte eine normale Signalintensität des Hoffa-Fettkörpers ergeben (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund überzeugt die Feststellung der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, der Hoffa-Fettkörper sei durch das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 nicht strukturell verändert worden und die anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 vorgenommene teilweise Resektion habe (auch) diesbezüglich unfallfremde Befunde betroffen.

6.2.6 In der Replik vom 13. Oktober 2016 lässt der Beschwerdeführer geltend machen, bei den im MRI erwähnten Vernarbungen handle es sich um strukturelle Befunde. Dasselbe gelte für die im Operationsbericht erwähnten Vernarbungen im Bereich der Pars intermedia, welche Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation seien. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die erwähnten Vernarbungen geeignet wären, relevante Beschwerden zu verursachen. Die durch den Beschwerdeführer aufgesuchten Fachärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ verneinen übereinstimmend eine relevante, strukturell nachweisbare Pathologie. Auch den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten (E. II. 5.13 hiervor) lässt sich zu den erwähnten Vernarbungen keine abweichende Aussage entnehmen.

6.2.7 Das in derselben Rechtschrift vorgebrachte Argument, es gehe nicht an, den Meniskusriss nun «plötzlich als unfallfremd» zu bezeichnen, überzeugt nicht. Die Beschwerdegegnerin hatte zu keinem Zeitpunkt explizit anerkannt, dass ein Meniskusriss vorliege und dieser gegebenenfalls unfallkausal sei. Beides ist gestützt auf die nunmehr vorliegenden ärztlichen Unterlagen, wie dargelegt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

6.2.8 Laut dem im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 29. März 2016 (E. II. 5.13 hiervor) wurde eine weitere MRT des rechten Knies gemacht. Dabei habe sich eine innere femorotibiale chondrale Läsion Grad II/III und eine Chondropathia Grad II gezeigt. Zur Unfallkausalität nimmt der Arzt jedoch nicht Stellung. Seine Stellungnahme ist schon aus diesem Grund nicht geeignet, die Beweiskraft der kreisärztlichen Beurteilung zu erschüttern.

6.3 Zusammenfassend erweisen sich die Beurteilungen der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ als beweiskräftig. Ihre Schlussfolgerung, der Unfall vom 21. Oktober 2014 habe zu keiner strukturell nachweisbaren Pathologie geführt, welche über den 22. November 2015 hinaus behandlungsbedürftig wäre oder eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchte, wird durch die übrigen medizinischen Akten, einschliesslich der Stellungnahmen der verschiedenen Spezialärzte, welche den Beschwerdeführer untersuchten, gestützt. Da somit keine Indizien vorliegen, welche die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung in Frage stellen würden, ist auf diese abzustellen. Ergänzende Abklärungen sind nicht erforderlich. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 und über den 22. November 2015 hinaus fortbestehenden Beschwerden am rechten Knie ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Anlass zu ergänzenden Abklärungen besteht nicht, liegen doch zahlreiche Stellungnahme verschiedener Fachärzte vor.

7. Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen sind im Übrigen auch dann einzustellen, wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist. Dies trifft nach der gesetzlichen Regelung zu, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Ob noch mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten gerechnet werden kann, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss ist demnach so lange nicht vorzunehmen, als eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwarten lässt. Wie sich der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, aber auch den Stellungnahmen der behandelnden Spezialärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ übereinstimmend entnehmen lässt, bestand im November 2015 am rechten Knie keine somatisch nachweisbare Pathologie, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkte. Damit war der Zeitpunkt für der Fallabschluss erreicht und ein weiterer Anspruch auf Taggelder oder Heilbehandlung auch aus diesem Grund zu verneinen. Allfällige somatisch nicht nachweisbaren Beschwerden, wie sie insbesondere aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ (E. II. 5.11 hiervor) infrage kommen könnten, hätten als nicht adäquat kausal zu gelten, da der Unfall vom 21. Oktober 2015 als leichter Unfall zu bezeichnen ist (vgl. zur entsprechenden Einteilung BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.), und wären deshalb nicht geeignet, Leistungsansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin zu begründen.

8. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen betreffend das rechte Knie zu Recht mit dem 22. November 2015 eingestellt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

8.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

8.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 7 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]).

Mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 (A.S. 71) wurde Rechtsanwalt Husmann Gelegenheit gegeben, eine Kostennote über seine anwaltschaftlichen Bemühungen einzureichen. Von dieser Möglichkeit hat er keinen Gebrauch gemacht. Seine Entschädigung ist daher durch das Gericht festzusetzen. Massgebend ist der Aufwand, der für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist. Dieser Aufwand ist nach pflichtgemässen Ermessen zu schätzen (§ 160 Abs. 1 i.V.m. § 161 kantonalen Gebührentarif [GT, BGS 615.11]).

Unter Berücksichtigung des armenrechtlichen Stundenansatzes von CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 GT) sowie der Tatsache, dass der Vertreter des Beschwerdeführers bereits im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vor Bundesgericht involviert war und somit Fallkenntnisse hatte, erscheint eine Entschädigung von pauschal CHF 1■800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, sofern der Beschwerdeführer dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.3 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt David Husmann, wird auf pauschal CHF 1■800.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, sofern A. \_\_\_ [...] zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Weber

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_187/2017 vom 11. August 2017 bestätigt.

## **E. 18**

August 2016 (A.S. 32 ff.) stellt die Beschwerdegegnerin das folgende Rechtsbegehren: Die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 2. Mai 2016, womit die Verfügung der Suva vom 17. November 2015 geschützt wurde, sei zu bestätigen. 7. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 (A.S. 61) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt David Husmann wird als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 8. Der Beschwerdeführer hält mit Replik vom 13. Oktober 2016 (A.S. 62 ff.) an seinen Anträgen fest. 9. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Schreiben vom 21. Oktober 2016 (A.S. 70) auf eine einlässliche Duplik und erneuert ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde. 10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt voraus, 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1; 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen). 2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (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 – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9, 8C\_354/2007 E. 2.2, mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2; 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1; 8C\_957/2012 vom 3. April 2013 E. 5.2.1; 8C\_836/2013 vom 27. März 2014 E. 4.1).

2.4 Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4, S. 17, 8C\_181/2009 E. 5.4 f., mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2).

3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1; 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1; 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2; 8C\_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis; RKUV 2003 U 485, S. 259, E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2).

3.3 Der Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme hängt davon ab, ob diese für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

3.4 Berichten und Gutachten versicherungsterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.5 Einem reinen Aktengutachten kann nach der Rechtsprechung voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63 E. 7.2, 8C\_239/2008).

3.6 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1 und 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre im Anschluss an das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 ausgerichteten Versicherungsleistungen mit dem Einspracheentscheid vom 2. Mai 2016 zu Recht mit dem 22. November 2015 eingestellt hat.

5. Den Akten lassen sich insbesondere die folgenden Informationen entnehmen, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Unfallkausalität (bezogen auf die Beschwerden am rechten Knie) relevant sein können:

5.1 In der korrigierten Schadenmeldung vom 21. November 2014 (Suva-Nr. 11) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 21. Oktober 2014, 08.30 Uhr, auf einer Baustelle aus einer Baumaschine gestiegen und habe die Treppe hinunter laufen wollen. Dabei sei er die Treppe hinunter gestolpert und mit dem rechten Bein auf den Betonboden gefallen. Er habe in der Folge bis zum 31. Oktober 2014 (letzter Arbeitstag nach Kündigung [vgl. Suva-Nr. 21]) normal weiter gearbeitet. Am 3. November 2014 habe er wegen aufgeschwollenem Bein Dr. med. C.\_\_\_\_ aufgesucht.

5.2 Dr. med. B.\_\_\_\_ führt in seinem Bericht vom 11. November 2014 aus, der Beschwerdeführer habe sich bei ihm am Vortag vorgestellt. Am 21. Oktober 2014 sei es bei der Anlieferung einer neuen Maschine zu einem Misstritt mit dem linken Bein auf einer Stufe gekommen, mit Sturz und Anpralltrauma des rechten Knies. Es bestehe eine Schwellung und ein Erguss des rechten Kniegelenks mit tastbarer Bursitis präpatellaris. Die bedeckende Haut sei gut verschieblich und leicht gerötet. Diagnostiziert wird (am rechten Knie) eine Prellung des rechten Knies mit Bursitis präpatellaris vom 21. Oktober 2014. Die Röntgenuntersuchung beider Knie

zeige keinen Anhalt für eine frische knöcherne Läsion oder Luxation. Beidseits bestehe eine geringe mediale Gelenkspaltverschmälerung. Deutlich sichtbar sei eine Weichteilschwellung präpatellar rechts bei beidseits zentral geführter Patella. Am 22. November 2014 berichtet Dr. med. B.\_\_\_\_ über anhaltende Schmerzen am rechten Knie und Schwellung und hält fest, er habe eine MRI-Untersuchung veranlasst (Suva-Nr. 12). 5.3 Die MRI-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 24. November 2014 ergab gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie (Suva-Nr. 11 S. 10) folgenden Befund: «Altersentsprechend normales Signal des Knochenmarks der mitabgebildeten Skelettabschnitte. Erhaltene Zentrierung der Patella im femoralen Gleitlager. Kein relevanter Knorpelschaden femoropatellär sowie im medialen und im lateralen Kniegelenkskompartiment. Nicht traumatisierte, infrapatelläre Plica. Intakte Kreuz- und Kollateralbänder. Fragliche, fissurale basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskus am Übergang Hinterhorn/Corpus. Corpus und Vorderhorn sind intakt. Normale Konfiguration und Signalintensität des lateralen Meniskus. Normale Signalintensität des Hoffa'schen Fettkörpers. Kein Gelenkserguss. Schlitzförmige Baker-Zyste. In der Beurteilung erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_ als relevante Ergebnisse eine fragliche, fissurale, basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskus-Hinterhorns am Übergang zum Corpus sowie eine ausgeprägte Bursitis präpatellaris. 5.4 In seinem Bericht vom 20. Dezember 2014 (Suva-Nr. 27; vgl. auch Suva-Nr. 19 und 31) diagnostiziert Dr. med. B.\_\_\_\_ eine Prellung des rechten Knies mit Innenmeniskusriss und Bursitis präpatellaris vom 21. Oktober 2014. Bei der ersten diesbezüglichen Konsultation vom 10. November 2014 habe eine ausgeprägte Bursitis präpatellaris bestanden, bei der letzten Untersuchung vom 17. Dezember 2014 schwelle der Schleimbeutel ab. Es bestünden jedoch anhaltende Schmerzen an der Innen- und Aussenseite des rechten Kniegelenks. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine rückläufige Schwellung der Bursa mit tastbaren Verhärtungen. Die Innenmeniskuszeichen seien positiv. Als Therapie komme bei anhaltenden Beschwerden eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks zur Klärung der Innenmeniskusproblematik infrage. Eine Indikation zur Entfernung des Schleimbeutels bestehe nicht. Dr. med. B.\_\_\_\_ s Bericht vom 26. Januar 2015 (Suva-Nr. 36, 45 S. 4; vgl. auch Suva-Nr. 41) hält fest, am rechten Knie bestünden anhaltenden Schmerzen an der Innenseite. Die Bursitis habe sich zurückgebildet. Objektiv finde sich eine reizlose Bursa präpatellaris mit tastbarer Narbe, die Innenmeniskuszeichen seien positiv. Für den 17. Februar 2015 sei eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks vorgesehen. Im Operationsbericht über den Eingriff vom 17. Februar 2015 (Suva-Nr. 46 S. 1 f.) nennt Dr. med. B.\_\_\_\_ als Diagnose eine traumatisierte Plica mediopatellaris und eine verheilte menisko-ligamentäre Dissoziation medial. Vorgenommen worden sei eine Arthroskopie am rechten Knie in Oberschenkel-Blutsperrung sowie eine Resektion der traumatisierten Plica medio- und infrapatellaris. Zum Verlauf der Operation wird ausgeführt, der Knorpelüberzug des medialen Tibiaplateaus und der medialen Femurcondyle sei unauffällig. Der Innenmeniskus weise eine glatte Ober- und Unterfläche mit zarter Schneide auf. Er lasse sich an keiner Stelle mit dem Tasthaken hervorluxieren. Im Bereich der Pars intermedia fänden sich Vernarbungen als Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation. Interkondylär fänden sich regelrecht inserierende Kreuzbänder mit intaktem synovialen Überzug, welche bei der Hakenuntersuchung fest seien. Die Plica infrapatellaris sei hypertroph. Über den frei entfaltbaren äusseren Rezessus werde in den oberen Rezessus eingegangen. Retropatellär und in der Trochlea bestünden keine Knorpelschäden. Es bestehe eine hypertrophe Plica mediopatellaris mit Impingement bei Flexion. Nach Eingehen nach medial erfolge die

Resektion der hypertrophen Plica infrapatellaris und eine partielle Hoffa-Resektion, anschliessend die Resektion der Plica mediopatellaris. Im Bericht an Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2015 (Suva-Nr. 46 S. 3) hält Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, wegen anhaltender Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sei die Indikation zur Arthroskopie gestellt worden. Diese sei ohne intraoperative Besonderheiten durchgeführt worden. Als Nachweis der Meniskusverletzung habe sich eine vernarbte menisko-ligamentäre Dissoziation der Pars intermedia des Innenmeniskus gefunden. In Berichten vom 14. und 16. Mai 2015 (Suva-Nr. 63, 65) teilt Dr. med. B.\_\_\_\_ mit, am 13. Mai 2015 sei wieder der gleiche Schmerz an der Innenseite des rechten Kniegelenks wie vor der Operation angegeben worden. Vorgesehen sei eine Kontroll-MRT zum Ausschluss einer Innenmeniskusruptur.

5.5 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie/Nuklearmedizin FMH, führt in der Beurteilung der MR-Kniegelenksaufnahmen rechts (Arthro) vom 26. Mai 2015 (Suva-Nr. 66) aus, es zeige sich eine deutlich progrediente Vernarbung des Hoffafettkörpers, aktuell jedoch ohne Weichteilödem. Weiter bestehe ein persistierender feiner Unterflächeneinriss in der mediodorsalen Zirkumferenz des medialen Meniskushinterhorns. Keine persistierende meniskoligamentäre Separation. Bis auf ein diskretes narbiges Residuum bestehe eine komplette Remission der ehemals sehr ausgeprägten Bursitis präpatellaris. Ansonsten zeige sich eine unauffällige Knorpelsituation patellofemoral und femorotibial.

5.6 Am 15. Juni 2015 berichtet Dr. med. B.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 69), der Verlauf sei sehr unbefriedigend, sowohl in Bezug auf beide Knie als auch die linke Schulter. Am rechten Knie bestünden starke Vernarbungen nach posttraumatischer Bursitis, ein persistierender Unterflächenriss des Innenmeniskus und ebenfalls progrediente Vernarbungen. Deshalb bestehe (auch) am rechten Knie die Indikation zur Rearthroskopie. Mit der Bitte um entsprechende Kostengutsprache verbinde er diejenige um eine kreisärztliche Untersuchung zur Indikation für die geplanten Eingriffe und zur Beurteilung der Kausalität.

5.7 Dr. med. D.\_\_\_\_ von der Klinik [...], den der Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung aufgesucht hatte, erhob folgenden Befund am rechten Knie (Bericht vom 29. September 2015, Suva-Nr. 91): «Kein Erguss, keine Schwellung, keine Rötung oder Überwärmung. Druckempfindlichkeit über medialem Kompartiment, freie Beweglichkeit, stabiler Bandapparat, Meniskuszeichen fraglich positiv nach medial, DMS allseits intakt.» Das MRI vom 26. Mai 2015 zeige eine fragliche intrameniskale Läsion im Übergang zum Hinterhorn sowie eine fragliche, etwas mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes. Ansonsten seien hinteres Kreuzband, Seitenbänder sowie Knorpel unauffällig. Weiter legt Dr. med. D.\_\_\_\_ dar, er könne am rechten Kniegelenk keine spezifische Einschränkung oder Verletzung aufgrund der klinischen Untersuchung sowie der vorliegenden MRI-Untersuchung feststellen. Er sehe in keinster Weise eine Indikation für ein operatives Vorgehen. Er könne den Beschwerdeführer auch nicht arbeitsunfähig schreiben und sehe keine Einschränkung.

5.8 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 16. Oktober 2015 mit, der neue Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, habe ihm nun noch einen Termin beim Chefarzt der Klinik [...] vermittelt (Suva-Nr. 94). Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigte am 24. Oktober 2015, es werde noch eine konsiliarische Untersuchung durch PD Dr. med. E.\_\_\_\_ stattfinden (Suva-Nr. 99). Dieser hält in seinem Bericht vom 2. November 2015 (Suva-Nr. 105) fest, es lasse sich aus orthopädischer, kniespezialistischer Sicht an beiden Kniegelenken keine relevante Pathologie finden, weder klinisch noch radiologisch. Es gehe nun vor allem darum, den Beschwerdeführer nicht zu operieren, solange nicht ein wesentlicher neuer Gesichtspunkt aus objektiver Quelle vorliege. Er habe keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Medizinisch sei es wohl so, dass der Beschwerdeführer aus

verschiedenen Gründen Restschmerzen habe, chirurgisch behandelbar seien diese aus seiner, Dr. med. E.\_\_\_\_s Sicht, an den Kniegelenken zurzeit nicht. 5.9 Die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ fasst in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112) zunächst die vorhandenen medizinischen Unterlagen zusammen. In ihrer Beurteilung führt sie aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien zwei Punkte zu diskutieren: Die menisko-ligamentäre Dissoziation und die Läsion im medialen Meniskushinterhorn. Zum ersten Punkt sei zu sagen, dass in diesem Bereich intraoperativ noch Vernarbungen als Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation zu sehen gewesen seien. Mit anderen Worten sei die menisko-ligamentäre Dissoziation zum Zeitpunkt der Operation längst abgeheilt gewesen, und zwar folgenlos. Der zweite Punkt, die Meniskuläsion im medialen Hinterhorn, werde in den MRIs beschrieben, sei aber in der Operation vom 17. Februar 2015 nicht gefunden worden, obwohl laut Operationsbericht explizit nach einer solchen Läsion gesucht worden sei. Auch in den Vorberichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ (gemeint wohl eher: Dr. med. D.\_\_\_\_) und PD Dr. med. E.\_\_\_\_ werde keine spezifische Einschränkung oder Verletzung aufgrund der vorliegenden MRI-Untersuchung beschrieben. Falls trotzdem ein Unterflächenriss im medialen Hinterhorn angenommen werde, wäre dieser versicherungsmedizinisch als unfallfremd, also vorbestehend und degenerativ zu werten. Dies aufgrund der Lage und der Art (Hinterhorn, Unterfläche), die in der heutigen Literatur klar als degenerativen Ursprungs gesehen würden, sowie aufgrund des Unfallmechanismus mit offenbar direktem Sturz auf das rechte Knie. Dieser Mechanismus qualifiziere nicht für eine Meniskuläsion. Zusammenfassend bestehe am rechten Knie kein unfallbedingter Schaden mit Folgen. Die menisko-ligamentäre Dissoziation medial sei zum Zeitpunkt der Operation vom 17. Februar 2015 bereits folgenlos abgeheilt gewesen. Bei der Operation seien die Plica medio- und infrapatellaris reseziert worden. Diese Schleimhautfalten hätten keinen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2014. 5.10 Dr. med. I.\_\_\_\_ erklärt in seinem Zwischenbericht vom 6. Februar 2016 (Suva-Nr. 134), er sei nun die letzte Anlaufstelle in einer langen Kette. Er habe den Beschwerdeführer lediglich für eine Zweitmeinung an die Klinik [...] geschickt (vgl. E. II. 5.7 und 5.8 hiervoor). Der Beschwerdeführer habe bei Status nach drei Unfällen Schmerzen, er hinke, der Schlaf sei gestört und es bestünden Anlaufschmerzen. Gegenwärtig finde keine Behandlung statt. Er schlage eine kreisärztliche Untersuchung vor. 5.11 Am 5. Februar 2016 wurde der Beschwerdeführer durch Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, untersucht. Dieser führt in seinem Sprechstundenbericht vom 8. Februar 2016 (Suva-Nr. 135) aus, in einer einstündigen Konsultation und mit zwei mitgebrachten Berichten-Bundesordnern klage der Beschwerdeführer über Beschwerden am linken Kniegelenk, an der linken Schulter und am rechten Kniegelenk. Im Vordergrund stünden die Beschwerden des linken Kniegelenks. Das rechte Kniegelenk zeige eine unauffällige Untersuchung mit leichter Druckdolenz am Tractus lateral. Die konventionellen Röntgenaufnahmen zeigten an beiden Kniegelenken in allen Ebenen beidseits keine Pathologien, eine physiologische Patella alta, keine Arthrosen. Der Beschwerdeführer leide unter posttraumatischen Kniegelenksbeschwerden beidseits und Schulterbeschwerden links. Da die subjektive Situation der betroffenen Gelenke nicht konklusiv mit den klinischen und radiologischen Befunden übereinstimme, sei von einem posttraumatischen «Schmerzsyndrom» der Gelenke zu sprechen. Empfohlen werde die Weiterführung der konservativen Massnahmen, eine Operation sei an keinem der drei betroffenen Gelenke indiziert. Zu empfehlen sei eine kreisärztliche Untersuchung durch die Suva. 5.12 Die Beurteilung durch die Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 21. April 2016

(Suva-Nr. 138) enthält einleitend wiederum eine Zusammenfassung der Vorakten. Sie gelangt zum Ergebnis, die Unterflächenläsion am Innenmeniskus, die im MRI beschrieben wurde, sei bei der Operation vom 17. Februar 2015 nicht gefunden worden, müsste aber ohnehin als unfallfremd betrachtet werden. Eine meniskoligamentäre Dissoziation habe zwar bestanden, im Zeitpunkt der Operation sei sie aber bereits vollständig und folgenlos ausgeheilt gewesen und nicht mehr behandelt worden. Die Plica mediopatellaris und infrapatellaris, die im Rahmen der Operation reserziert wurden, seien durch das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 nicht strukturell verändert worden. Dasselbe gelte für den Hoffa-Fettkörper. Die durch die neueren Arztberichte dokumentierten Untersuchungen von Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ hätten ebenfalls zum Ergebnis geführt, es bestehe keine durch die klinischen und radiologischen Befunde erklärbare Pathologie.

5.13 Im Beschwerdeverfahren lässt der Beschwerdeführer einen Bericht von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, [...]Portugal, vom 29. März 2016 einreichen. Darin wird ausgeführt, es sei eine MRT des rechten Knies gemacht worden, die eine innere femorotibiale chondrale Läsion Grad II/III und eine Chondropathia Grad II ergeben habe. In dieser Situation sei es notwendig gewesen, dem Beschwerdeführer eine Spritze mit Hexacetonideo und eine Behandlung mit plättchenreichem Plasma im rechten Knie zu verabreichen. Weiter wird ein Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädie und Traumatologie, [...]Portugal, vom 24. August 2015 eingereicht. Der Arzt führt aus, die objektive Untersuchung ergebe am rechten Knie einen Vertiefungsbereich in der Knievorderseite (Folge der Bursitis?). Ebenfalls im Beschwerdeverfahren lässt der Beschwerdeführer ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 aufliegen. Der Arzt bestätigt, der Beschwerdeführer sei wegen eines Unfalls bei ihm in Behandlung, und attestiert eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 8. Dezember 2015 bis 17. April 2016.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung schwergewichtig auf die Stellungnahmen der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112; E. II. 5.9 hiervor) und vom 21. April 2016 (Suva-Nr. 138; E. II. 5.12 hiervor). Umstritten ist, ob diese Stellungnahmen für die hier relevanten Fragen beweiskräftig sind. Wie dargelegt, sind ergänzende Abklärungen notwendig, falls auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen bestehen (vgl. E. II. 3.4 hiervor).

6.1 Die Kreisärztin hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht. Der Beschwerdeführer macht geltend, ihre Beurteilungen seien schon aus diesem Grund nicht beweiskräftig. Wie erwähnt (E. II. 3.5 hiervor), kann ein Aktengutachten dann Beweiskraft zukommen, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Diese Konstellation ist hier gegeben. Das Dossier enthält eine ganze Reihe von Berichten verschiedener Ärzte, welche auf eigenen klinischen Untersuchungen basieren, sowie die Ergebnisse mehrerer bildgebender Abklärungen. Diese geben ein umfassendes Bild des hier interessierenden Befundes am rechten Knie ab. Damit besteht eine hinreichende Grundlage für eine Aktenbeurteilung.

6.2 Inhaltlich nimmt Dr. med. F.\_\_\_\_ zu den verschiedenen in den Akten erwähnten Diagnosen und/oder Beschwerdebildern Stellung. Ihre Ausführungen erscheinen als schlüssig. Sie sind nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Sie bilden demnach eine geeignete Entscheidungsgrundlage, falls keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Derartige Indizien könnten sich aus anders lautenden ärztlichen Stellungnahmen oder aus den Vorbringen des Beschwerdeführers ergeben. Dies ist nachfolgend zu prüfen:

6.2.1 Die relativ zeitnah zum Unfall erstellte

MRT des rechten Kniegelenks vom 24. November 2014 zeigte gemäss der Beurteilung durch Dr. med. G. \_\_\_ (E. II. 5.3 hiervor) eine fragliche, fissurale basisnahe Unterflächenläsion des medialen Meniskushinterhorns am Übergang zum Corpus. Im Rahmen der Operation durch Dr. med. B. \_\_\_ wurde, wie die Kreisärztin korrekt festhält, aktiv nach dieser Läsion gesucht. Sie wurde aber nicht gefunden, der mediale Meniskus (= Innenmeniskus) liess sich an keiner Stelle mit dem Tasthaken hervorluxieren (vgl. Operationsbericht, E. II. 5.4 hiervor). Die MRT-Aufnahmen vom 26. Mai 2015 zeigten gemäss der Beurteilung von Dr. med. H. \_\_\_ (E. II. 5.5 hiervor) einen persistierenden feinen Unterflächeneinriss in der mediodorsalen Zirkumferenz des medialen Meniskushinterhorns. Dr. med. D. \_\_\_ spricht in seinem Bericht vom 29. September 2015 (E. II. 5.7 hiervor) von einer fraglichen intrameniskalen Läsion im Übergang zum Hinterhorn, und PD Dr. med. E. \_\_\_ hält fest, es lasse sich aus orthopädischer, kniespezialistischer Sicht an beiden Kniegelenken keine relevante Pathologie finden, weder klinisch noch radiologisch. Während der Radiologe Dr. med. H. \_\_\_ demnach einen Unterflächenriss aufgrund der neuen MRT-Aufnahmen bejahte, bezeichneten die orthopädischen Spezialärzte, denen diese Aufnahmen ebenfalls vorlagen, einen solchen Riss als fraglich bzw. verneinten eine relevante Pathologie. Vor diesem Hintergrund ist, wie die Kreisärztin in ihrer Aktenbeurteilung vom 10. November 2015 (E. II. 5.9 hiervor) darlegt, eine Meniskusläsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Selbst wenn eine solche vorläge, könnte sie, wie Dr. med. F. \_\_\_ ebenfalls überzeugend ausführt, nicht als Unfallfolge gelten, weil der Unfallmechanismus nicht geeignet war, eine solche hervorzurufen. Es ist gerichtsnotorisch, dass bestimmte Mechanismen in besonderer Weise geeignet sind, einen Meniskusriss zu bewirken. Zu einer traumatischen Meniskusläsion kann es namentlich dann kommen, wenn bei fixiertem Fuss eine forcierte Drehung des Knies oder Oberschenkels stattfindet (sog. Torsionstrauma). Hier stolperte der Beschwerdeführer nach Lage der Akten eine Treppe hinunter und es kam zu einem direkten Anprall des rechten Knies auf den Boden (vgl. Suva-Nr. 1, 2, 4, 5, 11 S. 2). Wenn die Kreisärztin erklärt, dieser Mechanismus sei nicht geeignet, eine Meniskusläsion hervorzurufen, ist dies plausibel. Weiter legt Dr. med. F. \_\_\_ dar, nach aktueller medizinischen Literatur spreche auch die Lage des (allfälligen) Meniskusrisses gegen die Unfallkausalität. Aufgrund der vorliegenden Akten, welche mehrere qualifizierte spezialärztliche Stellungnahmen enthalten, besteht kein Anlass, an dieser Aussage zu zweifeln.

6.2.2 Zur im Operationsbericht erwähnten menisko-ligamentären Dissoziation hält die Kreisärztin Dr. med. F. \_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 10. November 2015 (Suva-Nr. 112) fest, diese sei zum Zeitpunkt der Operation vom 17. Februar 2015 längst abgeheilt gewesen, und zwar folgenlos. Dies stimmt überein mit den Angaben im Operationsbericht (Suva-Nr. 46), der als Diagnose eine verheilte menisko-ligamentäre Dissoziation medial nennt und ansonsten von Vernarbungen im Bereich der Pars intermedia spricht, welche Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation seien. Weder die medizinischen Akten noch die Vorbringen im Beschwerdeverfahren bieten Anlass zu diesbezüglichen Weiterungen.

6.2.3 Die im MRI vom 24. November 2014 ausserdem festgestellte ausgeprägte Bursitis präpatellaris hatte sich laut dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_ vom 26. Januar 2015 (E. II. 5.4 hiervor) bereits zu diesem Zeitpunkt zurückgebildet. Im MRI vom 26. Mai 2015 wurde festgestellt, bis auf ein diskretes narbiges Residuum bestehe eine komplette Remission der ehemals sehr ausgeprägten Bursitis präpatellaris (vgl. E. II. 5.5 hiervor). In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. L. \_\_\_ vom 24. August 2015 wird zwar die Frage aufgeworfen, ob der (einzige durch diesen Arzt beschriebene) Befund am

rechten Knie, ein Vertiefungsbereich in der Knievorderseite, eine Folge der Bursitis bilde. Unebenheiten werden auch in früheren Stellungnahmen erwähnt (vgl. z.B. Suva-Nr. 69 S. 2). Anhaltspunkte dafür, dass sich daraus eine anspruchrelevante Beeinträchtigung ergeben könnte, indem eine Behandlungs-, insbesondere Operationsindikation bestünde oder die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt würde, liegen jedoch nicht vor.

6.2.4 Anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 fand Dr. med. B.\_\_\_\_ eine hypertrophe Plica infrapatellaris und eine hypertrophe Plica mediopatellaris. Diese wurden reseziert. Wie Dr. med. F.\_\_\_\_ darlegt, haben diese Schleimhautfalten keinen Zusammenhang mit dem Unfall. Sie wurden durch diesen auch nicht strukturell verändert, wie sich dem Ergebnis der MRI-Untersuchung vom 24. November 2014 (E. II. 5.3 hiervor) und auch dem Operationsbericht, der von einer hypertrophen Plica spricht, entnehmen lässt. Selbst wenn man es als denkbar ansehen würde, dass es durch den Unfall zu einer Traumatisierung einer vorbestehenden Plica gekommen sein könnte, welche in der Folge symptomatisch geworden wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_555/2013 vom 18. Dezember 2013 E. 3.2), könnte dies angesichts der damals erfolgten Resektion den hier strittigen Leistungsanspruch ab 22. November 2015 nicht beeinflussen.

6.2.5 Der Beschwerdeführer lässt darauf hinweisen, dass sich in der MRI-Untersuchung vom 26. Mai 2015 eine deutlich progrediente Vernarbung des Hoffa-Fettkörpers zeigte (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 war der Hoffa-Fettkörper teilweise reseziert worden (vgl. Operationsbericht, E. II. 5.4 hiervor). Die relativ zeitnah zum Unfall durchgeführte MRI-Untersuchung vom 24. November 2014 (E. II. 5.3 hiervor) hatte eine normale Signalintensität des Hoffa'schen Fettkörpers ergeben (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund überzeugt die Feststellung der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, der Hoffa-Fettkörper sei durch das Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 nicht strukturell verändert worden und die anlässlich der Operation vom 17. Februar 2015 vorgenommene teilweise Resektion habe (auch) diesbezüglich unfallfremde Befunde betroffen.

6.2.6 In der Replik vom 13. Oktober 2016 lässt der Beschwerdeführer geltend machen, bei den im MRI erwähnten Vernarbungen handle es sich um strukturelle Befunde. Dasselbe gelte für die im Operationsbericht erwähnten Vernarbungen im Bereich der Pars intermedia, welche Ausdruck einer verheilten menisko-ligamentären Dissoziation seien. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die erwähnten Vernarbungen geeignet wären, relevante Beschwerden zu verursachen. Die durch den Beschwerdeführer aufgesuchten Fachärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ verneinen übereinstimmend eine relevante, strukturell nachweisbare Pathologie. Auch den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten (E. II. 5.13 hiervor) lässt sich zu den erwähnten Vernarbungen keine abweichende Aussage entnehmen.

6.2.7 Das in derselben Rechtsschrift vorgebrachte Argument, es gehe nicht an, den Meniskusriss nun «plötzlich als unfallfremd» zu bezeichnen, überzeugt nicht. Die Beschwerdegegnerin hatte zu keinem Zeitpunkt explizit anerkannt, dass ein Meniskusriss vorliege und dieser gegebenenfalls unfallkausal sei. Beides ist gestützt auf die nunmehr vorliegenden ärztlichen Unterlagen, wie dargelegt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

6.2.8 Laut dem im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 29. März 2016 (E. II. 5.13 hiervor) wurde eine weitere MRT des rechten Knies gemacht. Dabei habe sich eine innere femorotibiale chondrale Läsion Grad II/III und eine Chondropathia Grad II gezeigt. Zur Unfallkausalität nimmt der Arzt jedoch nicht Stellung. Seine Stellungnahme ist schon aus diesem Grund nicht geeignet, die Beweiskraft der kreisärztlichen Beurteilung zu erschüttern.

6.3 Zusammenfassend erweisen sich die Beurteilungen der Kreisärztin Dr.

med. F.\_\_\_\_ als beweiskräftig. Ihre Schlussfolgerung, der Unfall vom 21. Oktober 2014 habe zu keiner strukturell nachweisbaren Pathologie geführt, welche über den 22. November 2015 hinaus behandlungsbedürftig wäre oder eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchte, wird durch die übrigen medizinischen Akten, einschliesslich der Stellungnahmen der verschiedenen Spezialärzte, welche den Beschwerdeführer untersuchten, gestützt. Da somit keine Indizien vorliegen, welche die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung in Frage stellen würden, ist auf diese abzustellen. Ergänzende Abklärungen sind nicht erforderlich. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. Oktober 2014 und über den 22. November 2015 hinaus fortbestehenden Beschwerden am rechten Knie ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Anlass zu ergänzenden Abklärungen besteht nicht, liegen doch zahlreiche Stellungnahme verschiedener Fachärzte vor. 7. Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen sind im Übrigen auch dann einzustellen, wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist. Dies trifft nach der gesetzlichen Regelung zu, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Ob noch mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten gerechnet werden kann, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss ist demnach so lange nicht vorzunehmen, als eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwarten lässt. Wie sich der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, aber auch den Stellungnahmen der behandelnden Spezialärzte Dr. med. D.\_\_\_\_, PD Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ übereinstimmend entnehmen lässt, bestand im November 2015 am rechten Knie keine somatisch nachweisbare Pathologie, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkte. Damit war der Zeitpunkt für der Fallabschluss erreicht und ein weiterer Anspruch auf Taggelder oder Heilbehandlung auch aus diesem Grund zu verneinen. Allfällige somatisch nicht nachweisbaren Beschwerden, wie sie insbesondere aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_ (E. II. 5.11 hiervor) infrage kommen könnten, hätten als nicht adäquat kausal zu gelten, da der Unfall vom 21. Oktober 2015 als leichter Unfall zu bezeichnen ist (vgl. zur entsprechenden Einteilung BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 ff.), und wären deshalb nicht geeignet, Leistungsansprüche gegenüber der Beschwerdegegnerin zu begründen.

8. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen betreffend das rechte Knie zu Recht mit dem 22. November 2015 eingestellt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

8.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). 8.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 7 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 (A.S. 71) wurde Rechtsanwalt Husmann Gelegenheit gegeben, eine Kostennote über seine anwaltschaftlichen Bemühungen einzureichen. Von dieser Möglichkeit hat er keinen Gebrauch gemacht. Seine Entschädigung ist daher durch das Gericht festzusetzen.

Massgebend ist der Aufwand, der für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist. Dieser Aufwand ist nach pflichtgemässen Ermessen zu schätzen (§ 160 Abs. 1 i.V.m. § 161 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Unter Berücksichtigung des armenrechtlichen Stundenansatzes von CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 GT) sowie der Tatsache, dass der Vertreter des Beschwerdeführers bereits im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren vor Bundesgericht involviert war und somit Fallkenntnisse hatte, erscheint eine Entschädigung von pauschal CHF 1'800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, sofern der Beschwerdeführer dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 8.3 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

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