

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.153 vom 30. Mai 2018

SO Obergericht, 2018-05-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.153)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.153 du 30 mai 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.153 del 30 maggio 2018

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 28. Februar 2017 (Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] 1) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer sei am 20. Februar 2017 um 14.00 Uhr nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug ausgeglitten und auf die Strasse / Trottoir gestürzt. Dabei habe er eine Schwellung am linken Knie erlitten. Die Beschwerdegegnerin erteilte mit Mitteilung vom 1. März 2017 (Suva-Nr. 2) Kostengutsprache für die ärztliche Behandlung nach aktuellem UVG-Tarif.

2.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 10. Mai 2017 (Suva-Nr. 4) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe nach dem Ausgleiten und dem Sturz vom 20. Februar 2017 bis gestern, 9. Mai 2017, gearbeitet. Das Knie sei aber nun so stark angeschwollen, dass er nicht mehr habe weiterarbeiten können. Die Beschwerdegegnerin führte ein Telefoninterview mit dem Beschwerdeführer (Suva-Nr. 5). Anschliessend teilte sie der Arbeitgeberin mit, sie könne zu den Versicherungsleistungen zurzeit noch nicht endgültig Stellung nehmen (Suva-Nr. 6).

2.3 Nachdem die Beschwerdegegnerin weitere ärztliche Unterlagen eingeholt hatte (Suva-Nrn. 12 S. 2 ff.), bat Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, am 13. Juni 2017 um eine genaueste Unfallanamnese. Daher fand am 20. Juni 2017 (Suva-Nr. 17) nochmals ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer statt. In der Folge wurden weitere medizinische Unterlagen beigezogen (Suva-Nrn. 21, 26). Aufgrund der ärztlichen Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 9. August 2017 (Suva-Nr. 28) hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. August 2017 (Suva-Nr. 30) fest, die heute bestehenden Beschwerden am linken Knie seien nicht mehr unfallbedingt. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 20. Februar 2017 eingestellt hätte, sei spätestens drei Monate nach dem Ereignis vom 20. Februar 2017 erreicht gewesen. Daher müsse der Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 31. Mai 2017 abgeschlossen und der Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werden.

2.4 Dagegen liess der Beschwerdeführer am 5. September 2017 und 10. Oktober 2017 (Suva-Nrn. 33, 38) Einsprache erheben. Am 12. Oktober 2017 (Suva-Nr. 41) wurde die Beschwerdegegnerin darüber informiert, dass Rechtsanwalt Roger Zenari das Mandat übernehme. Dieser reichte in Ergänzung zu den Einwänden am 5. Januar 2018 (Suva-Nr. 46) einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, vom 18. Dezember 2017 ein. Dazu hielt der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ am 30. Januar 2018 (Suva-Nr. 47) fest, der rechtlich geforderte Beweisgrad der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit» sei nicht erfüllt, was er in seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. Februar 2018 (Suva-Nr. 49) bestätigte.

2.5 Mit Schadenmeldung UVG vom 23. März 2018 (Suva-Nr. 54) wurde geltend gemacht, der Beschwerdeführer habe die Arbeit zufolge des Unfalls vom 20. Februar 2017 ab dem 19. März 2018 ausgesetzt. Das Knie schmerze erneut so stark, dass er nicht mehr arbeiten könne. Gestützt auf eine Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. C. \_\_\_ vom 30. Mai 2018 (Suva-Nr. 58) hielt die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) an ihrer Verfügung vom 21. August 2017 fest.

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 19. Juni 2018 (Eingang: 20. Juni 2018, A.S. 14 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. September 2018 (A.S. 41 ff.) auf Abweisung der Beschwerde.

5. Mit Replik vom 8. November 2018 (A.S. 54 ff.), Duplik vom 29. November 2018 (A.S. 64 ff.) und Stellungnahme zur Duplik vom 30. Januar 2019 (A.S. 77 ff.) halten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest.

6. Die am 31. Januar 2019 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote (A.S. 80 ff.) geht mit Verfügung vom 1. Februar 2019 (A.S. 83) zur Kenntnisnahme an die Vertreterin der Beschwerdegegnerin.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form; örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Sie im vorliegenden Fall anwendbar, da sich das zu beurteilende Ereignis am 20. Februar 2017 zugetragen hat.

1.3 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Ereignis vom 20. Februar 2017 mit dem Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht per 31. Mai 2017 eingestellt hat.

2. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe durch das Vorgehen betreffend die zweite kreisärztliche Beurteilung das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt (A.S. 21). So sei diese Beurteilung hinter seinem Rücken eingeholt worden und die Beschwerdegegnerin habe sie, ohne dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme zu bieten, in den Einspracheentscheid einfließen lassen. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, dass die Mitarbeiter der jeweiligen Unfallversicherung ihre Kreisärzte in medizinischen Angelegenheiten ■ wie vorliegend der Fall ■ beiziehen bzw. sie zu medizinischen Fragen Stellung nehmen lassen, ohne die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren. Der Vorwurf, die kreisärztliche Beurteilung vom 6. / 7. Februar 2018 (vgl. E. II. 6.11 hiavor) sei hinter dem Rücken des Beschwerdeführers eingeholt worden, verfängt daher nicht. Es kann auch zulässig sein, eine derartige versicherungsinterne Beurteilung als Teil der Begründung des Einspracheentscheids auszugestalten und nicht vorgängig mitzuteilen. Nach Lage der Akten

wurde die (kurze) zweite kreisärztliche Stellungnahme vom 6. / 7. Februar 2018 dem Vertreter des Beschwerdeführers allerdings auch nicht zusammen mit dem Einspracheentscheid zugestellt, und selbst auf eine entsprechend Aufforderung mit Schreiben vom 4. Juni 2018 (Beschwerdebeilage 3) reagierte die Beschwerdegegnerin zunächst nicht, sondern stellte ihm die Akten erst am 21. Juni 2018 zu, nachdem die Beschwerde bereits erhoben worden war (vgl. Suva-Nr. 66; Beschwerdeschrift S. 8 [A.S. 21] und Beschwerdeantwort S. 3 [A.S. 43]). Der Beschwerdeführer musste somit Beschwerde erheben, um die Akten vor Eintritt der Rechtskraft des Einspracheentscheids einsehen zu können. Mit diesem Vorgehen hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt. Die Verletzung ist, was das Vorgehen anbelangt, als nicht leicht zu bezeichnen. Ihre inhaltliche Bedeutung ist allerdings gering, da die Beurteilung vom 6. / 7. Februar 2008 sehr kurz ausgefallen ist und keine neuen medizinischen Aspekte enthält. Weiter ist aufgrund der Ausführungen im Beschwerdeverfahren ohne weiteres davon auszugehen, dass die Beschwerde auch in Kenntnis der kreisärztlichen Stellungnahme erhoben worden wäre. Eine Rückweisung aus formellen Gründen rechtfertigt sich daher nicht (sie wird vom Beschwerdeführer auch nicht verlangt), sondern der Mangel ist im Beschwerdeverfahren zu heilen. Der Gehörsverletzung ist allenfalls bei der Kostenverlegung Rechnung zu tragen (vgl. E. II. 9.1 hiernach).

### **E. 3**

3.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

3.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG in der hier anwendbaren, seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung). Laut dieser Bestimmung sind folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) sowie Trommelfellverletzungen (lit. h).

### **E. 4**

4.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG 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 entfiel (BGE 142 V 435

E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

4.2 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 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).

4.3 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 leistungs begründender 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis).

### **E. 4.3**

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 leistungs begründender 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis).

## **E. 5**

5.1 Nach der Rechtsprechung trifft die Beweislast in Bezug auf das Unfallereignis als solches wie auch hinsichtlich der (natürlichen) Unfallkausalität des Gesundheitsschadens in dem Sinne die versicherte Person, als der Entscheid bei Beweislosigkeit zu ihren Ungunsten ausfallen muss (Urteil des Bundesgerichts 8C\_856/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.4 mit Hinweisen). Demgegenüber bleibt der Versicherer leistungspflichtig, wenn der Kausalzusammenhang einmal gegeben und anerkannt ist, sofern sich nicht hinreichend nachweisen lässt, dass er zu einem späteren Zeitpunkt dahingefallen ist (RKUV 2000 Nr. U 363 S.45, 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Die Anerkennung muss sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen wie auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalls darstellt. Stehen dagegen später Beschwerden und Verletzungen zur Diskussion, welche ursprünglich gegenüber dem Unfallversicherer nicht thematisiert worden waren, liegt die Beweislast für das Bestehen der Unfallkausalität bei der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2016 vom 4. August 2017 E. 6.2 mit Hinweis auf das Urteil U 6/05 vom 27. April 2005 E. 3.2 [AJP 2006 S. 1290]).

5.2 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

5.3 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

5.4 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen substantiierten und nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

6. Es ist zunächst auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen, wobei im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten zur Beurteilung relevant sind:

6.1 Aufgrund der MRT des linken Kniegelenks vom 12. April 2017 (Suva-Nr. 13) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_, FMH Radiologie und Kinderradiologie, F. \_\_\_\_, folgende Beurteilung fest: Pangoarthrose, medial und retropatellär betont, mit viertgradiger Chondropathie in allen Gelenkkompartimenten; vertikaler Riss im Hinterhorn und Corpus des medialen Meniskus, mit medialer Protrusion des Meniskus; begleitender Gelenkserguss sowie Knochenmarksödem, vor allem im medialen Kompartiment; mehrfach septierte, fraglich teiltrupturierte Baker-Zyste in loco typico, mit Darstellung von beginnenden Verkalkungen, DD eingedicktem Protein; keine Bandläsionen. Keine Frakturen.

6.2 Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, stellte in seinem Bericht vom 17. Mai 2017 (Suva-Nr. 21 S. 3) folgende Diagnose:

Traumatisierte, aktivierte Gonarthrose mit medialer Meniscusläsion links

Beurteilung und Procedere: Vorgängig habe der Beschwerdeführer offenbar keinerlei Probleme mit seinem Knie gehabt, obwohl schon Abnutzungserscheinungen vorhanden seien. Dementsprechend müsse die ganze Pathologie jetzt sicher dem Ereignis zugeschoben werden. Bei deutlichem bone bruise im Knochen und nicht nur der Schädigung des Meniscus sei Dr. med. D. \_\_\_\_ der Meinung, dass man primär einmal konservativ vorgehen solle. Entsprechend sei heute das Knie infiltriert worden und der Beschwerdeführer habe eine leichte Kniestütze erhalten. Dr. med. D. \_\_\_\_ werde den Beschwerdeführer in zwei Wochen zu einer Verlaufs- bzw. Erfolgskontrolle sehen. Nur wenn der Verlauf unbefriedigend sei, müsse gegebenenfalls eine Arthroskopie diskutiert werden.

6.3 Im «Arztzeugnis UVG für Rückfall» vom 3. Juni 2017 (Suva-Nr. 14) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, fest, die Erstbehandlung nach dem Unfallereignis vom 20. Februar 2017 habe am 24. Februar 2017 stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe am 20. Februar 2017 bei der Arbeit ein Distorsionstrauma des linken Knies im Rahmen eines Fehltritts erlitten. Es hätten sich anfänglich nur geringgradige Schmerzen entwickelt. Diese seien konservativ behandelt worden. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Objektiver Befund: Geringgradige Druckdolenz im Bereich des medialen Gelenkspalts des linken Knies, Ergussbildung, Schmerzen an den gleichen Stellen bei Aussenrotation des Unterschenkels, keine Instabilisationszeichen. Röntgenbefund: Linkes Knie ap/lat keine ossäre Läsion. Dr. med. G. \_\_\_\_ stellte die folgende Diagnose:

Belastetes Drehtrauma des linken Knies mit Verdacht auf mediale Meniskusläsion

Therapie: Vorerst konservative Therapie mittels relativer Entlastung, Analgetika und Antirheumatika lokal und systemisch sowie physiotherapeutischen Massnahmen. Diese therapeutischen Massnahmen hätten nur eine vorübergehende Besserung gebracht. Der Beschwerdeführer sei nie hospitalisiert gewesen. Ab dem 10. Mai 2017 und weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es habe noch kein Behandlungsabschluss stattgefunden, dieser könne voraussichtlich in acht bis zehn Wochen vorgenommen werden. Bemerkungen: Wegen rezidivierendem Kniegelenkserguss und Schmerzen seien am 12. April 2017 eine MR-Untersuchung des linken Knies und eine Überweisung an den Orthopäden Dr. med. D. \_\_\_\_ erfolgt (vgl. E. II. 6.1 f. hiavor). Vorderhand habe dieser eine

konservative Therapie verordnet. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.4 Der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, bat am 13. Juni 2017 (Suva-Nr. 15) um eine «genaueste Unfallanamnese». Er hielt fest, angesichts des reinen MRI-Befundes sei ein kausaler Zusammenhang der Befunde am linken Knie mit dem Ereignis vom 20. Februar 2017 nicht zu bejahen. Eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin führte daraufhin am 20. Juni 2017 ein Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer, um den Unfallhergang zu klären (Suva-Nr. 17).

6.5 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 30. Juni 2017 (Suva-Nr. 21) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ folgende Diagnose fest: «Traumatisierte, aktivierte Gonarthrose mit Meniskusläsion links». Der Beschwerdeführer sei vom behandelnden Orthopäden konservativ mittels Physiotherapie und relativer Schonung behandelt worden. Zudem seien eine Infiltration ins Knie sowie das Verabreichen einer leichten Kniestütze erfolgt. Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Es bestünden mässiggradige belastungsabhängige Knieschmerzen. Eine erneute Kontrolle sei am 11. Juli 2017 beim Orthopäden geplant. In Anbetracht der vorausbestehenden Gonarthrose müsse die Prognose mit Zurückhaltung gestellt werden. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf beeinflussen könnten. Gegenwärtige Behandlung: Arbeitsversuch 50 %, Physiotherapie. Die Konsultationen fänden einmal pro Monat statt. Je nach dem Entscheid des Orthopäden sei evtl. eine arthroskopische Behandlung notwendig. Vorläufig solle sich die Beschwerdegegnerin beim Betrieb nicht um die Zuweisung einer anderen Arbeit engagieren. Bei Persistieren der Kniebeschwerden sei möglicherweise ein bleibender Nachteil zu erwarten, nach einem 100%igen Arbeitseinsatz als Postbote.

6.6 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 15. Juli 2017 (Suva-Nr. 26) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 17. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ausgewiesene Diagnose. Der bisherige Verlauf und gegenwärtige Zustand seien besser, aber noch nicht gut. Die Prognose sei noch offen. Die Arthrose könnte den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen. Es werde gegenwärtig mit Physiotherapie behandelt. Die Konsultationen fänden alle zwei Monate statt. Seit dem 22. Juni 2017 habe der Beschwerdeführer die Arbeit zu 50 % aufgenommen. Es sei ein bleibender Nachteil (Gonarthrose) zu erwarten.

6.7 Zur Frage der Beschwerdegegnerin, ob die geltend gemachten Befunde am linken Knie und auch eine inzwischen geplante Operation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Februar 2017 stünden, hielt der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 9. August 2017 (Suva-Nr. 28) Folgendes fest: Der vom Beschwerdeführer geschilderte Unfallmechanismus (direkte Kniekontusion durch Sturz auf den Boden, eher linksseitig) sei nicht geeignet gewesen, die im MRI beschriebene Meniskusläsion im Hinterhornbereich hervorzurufen. Die im MRI einsehbaren, ausgeprägten degenerativen Veränderungen seien Ausdruck der von der Radiologin diagnostizierten, medial und retropatellär betonten fortgeschrittenen Pagonarthrose. Die initialen Beschwerden seien nur gering gewesen und hätten erst im Verlauf zugenommen.

Unfallkausale strukturelle Läsionen im Kniebereich könnten nicht mit dem rechtlich geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anhand der vorliegenden Diagnostik und Befunde bejaht werden. Bei einer Kontusion eines ausgedehnten degenerativen Vorzustandes sei der Status quo sine nach spätestens drei Monaten erreicht gewesen und der Unfall habe im Beschwerdebild danach keine Rolle mehr gespielt.

6.8 Im Bericht vom 13. September 2017 (Suva-Nr. 35) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_ aufgrund der gleichentags erfolgten Untersuchung erneut die bereits im Bericht vom 17. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ausgewiesene Diagnose. Zum Verlauf führte er aus, der Beschwerdeführer zeige unter der konservativen Behandlung leider nur eine unbefriedigende Besserung. Die Arbeitsfähigkeit habe bisher nie über 50 % gesteigert werden können, so dass sie nach dieser Zeit zur Standortbestimmung ein neues MRI hätten durchführen lassen. Dieses bestätige im Prinzip die Vorbefunde betreffend die Arthrose und den Meniskusschaden. Eindeutig abgenommen habe der bone bruise, so dass diesem kein Krankheitswert mehr beigemessen werden könne. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe mit dem Beschwerdeführer besprochen, den Versuch eines arthroskopischen Débridements und einer Teilmeniskektomie vorzunehmen, in der Hoffnung, das Knie doch wieder besser hinzukriegen. Der Eingriff werde am 20. Oktober 2017 im [...] durchgeführt.

6.9 Auf ihm durch den Beschwerdeführer unterbreitete Fragen antwortete Dr. med. D.\_\_\_\_ am 18. Dezember 2017 folgendermassen (Suva-Nr. 46): Seit dem Unfallereignis im Februar bestehe ein vermindert belastbares Kniegelenk. Objektivierbar finde sich eine Arthrose, anfänglich eine deutliche Stressreaktion im Knochen und ein geschädigter Innenmeniscus. Zu diagnostizieren sei eine mediale Meniscusläsion bei traumatisierter Gonarthrose links. Die Arthrose sei vorbestehend. Die Meniscusschädigung könne eine Unfallfolge sein. Das vorgeschädigte Kniegelenk sei vorgängig in einem beschwerdefreien Gleichgewicht gewesen, welches durch das Ereignis gestört worden sei. Der Status quo sine und der Status quo ante seien nicht erreicht. Vorher habe der Beschwerdeführer keine Beschwerden gehabt. Durch die konservative Therapie habe der Vorzustand nicht erreicht werden können. Ebenfalls bisher nicht nach der Operation (wobei eine Besserung / Besserungstendenz festzustellen sei). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner ausgeübten Tätigkeit als Paketzusteller habe bisher 50 % betragen. Ab Januar sollte eine Steigerung möglich sein.

6.10 In der ärztlichen Beurteilung vom 7. Februar 2018 (Suva-Nr. 49) hielt der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Beurteilung fest: Abstützend auf die kreisärztliche Vorbeurteilung der Beschwerdegegnerin vom 9. August 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) und unter Berücksichtigung der Einsprache und der Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_ würden keine neuen medizinischen Sachverhalte zur Kenntnis gebracht. Auch Dr. med. D.\_\_\_\_ spreche hinsichtlich der Unfallkausalität der besagten Meniscusläsion lediglich von einem «kann». Damit sei der rechtlich geforderte Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt. Aufgrund fehlender Angabe zusätzlicher medizinischer Fakten habe die Vorbeurteilung nach wie vor ihre Gültigkeit.

6.11 Im Rahmen des Einspracheverfahrens erfolgte per E-Mail eine interne Anfrage an den Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, wie er die Unfallkausalität des von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnten bone bruise beurteile. In der E-Mail vom 30. Mai 2018 (Suva-Nr. 58) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Kreisarzt, fest, der beschriebene bone bruise sei Teil einer Überlastungsreaktion im vordegenerierten Gebiet und könne durch Entlastung zurückgehen. Auch hier habe eine direkte Kniekontusion in diesem Bereich nicht zu dessen Genese beigetragen.

## **E. 7**

7.1 Gestützt auf diese medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer unter Beschwerden im Bereich des linken Knies (und allfälligen

Folgebeschwerden) leidet. Anderweitige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die mit dem Unfallereignis vom 20. Februar 2017 zusammenhängen könnten, sind nicht dokumentiert und werden auch nicht geltend gemacht.

7.2 Zum Unfallereignis vom 20. Februar 2017 finden sich in den vorliegenden Akten folgende Angaben: Aus der Bagatellunfallmeldung UVG vom 28. Februar 2017 (Suva-Nr. 1) geht hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug ausgeglitten und gestürzt sei. Dies wurde sodann auch in den Schadenmeldungen UVG vom 10. Mai 2017 und 23. März 2018 bestätigt (Suva-Nrn. 4, 54). Der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_ führte im «Arztzeugnis UVG für Rückfall» vom 3. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) aufgrund der Erstbehandlung vom 24. Februar 2017 aus, der Beschwerdeführer habe am 20. Februar 2017 bei der Arbeit ein Distorsionstrauma des linken Knies im Rahmen eines Fehltritts erlitten. Dr. med. D. \_\_\_ hielt in seinem Arztbericht vom 17. Mai 2017 (Suva-Nr. 21) fest, der Beschwerdeführer, den er als Paketbote seit Jahren kenne, habe im Februar beim Aussteigen bei der Arbeit einen Ausrutscher mit Sturz und Distorsion seines Knies erlebt. Anlässlich des Telefongesprächs vom 20. Juni 2017 (Suva-Nr. 17) gab der Beschwerdeführer an, er sei aus dem Postauto gestiegen und habe ein Paket in den Händen gehabt. Er sei gestolpert (Steinboden) und direkt auf das linke Knie gefallen. Da er ein Paket in den Händen gehabt habe, habe er sich nicht abstützen können. Er sei eher auf die linke Seite des Knies gefallen. Aufgrund dieser Beschreibungen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 20. Februar 2017 stolperte und einen direkten Sturz auf das linke Knie (eher auf der linken Seite) erlitt.

8. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. C. \_\_\_ vom 9. August 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Daher ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen.

8.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, der Kreisarzt habe aufgrund der Einsprache Kenntnis davon gehabt, dass der Beschwerdeführer zwischen der ersten und zweiten kreisärztlichen Beurteilung operiert worden sei. Dennoch habe er sich nicht veranlasst gefühlt, etwaige Arztberichte einzuholen und diese in seine Beurteilung einfließen zu lassen (A.S. 24 oben). Aufgrund der vorliegenden Akten ist dem Beschwerdeführer insofern beizupflichten, als über den durchgeführten operativen Eingriff kein Bericht eingeholt worden ist. Der behandelnde orthopädische Chirurg Dr. med. D. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 13. September 2017 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) fest, es finde am 20. Oktober 2017 ein Eingriff im Sinn eines arthroskopischen Débridements und einer Teilmeniskektomie statt. Bei der Beantwortung des Fragenkatalogs der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) legte er sodann dar, es seien eine Arthrose, eine anfänglich deutliche Stressreaktion im Knochen und ein geschädigter Innenmeniskus vorhanden. Es liessen sich nach der Operation bisher keine Erreichung des Vorzustandes, wohl aber eine Besserung bzw. Besserungstendenz feststellen. Zudem ging er nach wie vor von einem zumutbaren Arbeitspensum von 50 % aus und fasste eine Steigerung des Arbeitspensums ab Januar 2018 ins Auge. Aufgrund dieser Ausführungen ist nachvollziehbar, dass Dr. med. C. \_\_\_ sowohl in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2018 als auch in der kreisärztlichen Beurteilung vom 7. Februar 2018 (vgl. E. II. 6.10 f. hiervor) darlegte, es würden durch Dr. med. D. \_\_\_ keine neuen medizinischen Sachverhalte zur Kenntnis gebracht. Insbesondere bestehen keinerlei Hinweise darauf, dass Dr. med. D. \_\_\_ intraoperativ neue Erkenntnisse gewonnen hätte,

welche geeignet wären, die Kausalitätsbeurteilung zu beeinflussen. Es ist deshalb und auch aufgrund der nicht wesentlichen postoperativen Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden, dass der Kreisarzt auf das Einholen des entsprechenden Operationsberichts verzichtet hat. Insbesondere führt dieses Vorgehen nicht dazu, dass die dem Kreisarzt vorliegenden Beurteilungsgrundlagen als unvollständig zu bezeichnen wären. Der Beschwerdeführer hat denn auch seinerseits davon abgesehen, den Operationsbericht einzureichen.

8.2 Die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 9. August 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiavor) beruht auf den vollständigen damals vorhandenen Vorakten und enthält eine umfassende Erörterung der medizinischen Fragestellung. Der Kreisarzt gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden. Dass der Kreisarzt den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, steht der Beweiskraft seiner Beurteilungen nicht entgegen, denn auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_697/2012 vom 6. November 2012 E. 1.4 mit Hinweisen). Da es sich um eine versicherungsinterne Stellungnahme handelt (vgl. E. II. 4.4 hiavor), sind allerdings ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Feststellungen zu wecken vermögen (E. II. 4.4 hiavor). Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob die Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ auch inhaltlich vollständig überzeugt.

### 8.3

8.3.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ geht davon aus, dass anhand der vorliegenden Diagnostik und der Befunde keine unfallkausale strukturelle Läsion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden könne und bei einer Kontusion eines ausgedehnten degenerativen Vorzustandes der Status quo sine nach spätestens drei Monaten erreicht sei. Der Unfall spiele danach im Beschwerdebild keine Rolle mehr. Diese Ausführungen vermögen insofern zu überzeugen, als weder im Rahmen der durchgeführten MRT vom 12. April 2017 (vgl. E. II. 6.1 hiavor) Bandläsionen oder Frakturen objektiviert werden konnten, noch anlässlich der durchgeführten Röntgenuntersuchung eine ossäre Läsion festgestellt wurde (vgl. E. II. 6.3 hiavor). Die Gonarthrose wird auch von Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Antwort vom 18. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.9 hiavor) als unfallfremd bezeichnet. Ebenso hielt der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Zwischenbericht vom 30. Juni 2017 (E. II. 6.5 hiavor) fest, eine «vorausbestehende Gonarthrose» wirke sich auf die Prognose aus. Insoweit besteht kein Widerspruch zur Beurteilung des Kreisarztes.

8.3.2 Umstritten ist die Kausalität der bildgebend festgestellten Meniskusläsion. Der Kreisarzt geht in seiner Beurteilung vom 9. August 2017 zunächst auf das durch den Beschwerdeführer geschilderte Ereignis vom 20. Februar 2017 ein, wobei er ausführt, das durch den Beschwerdeführer geschilderte Unfallgeschehen (direkte Kniekontusion durch Sturz auf Boden, eher linksseitig), sei nicht geeignet gewesen, die im MRI vom 12. April 2017 beschriebene Meniskusläsion im Hinterhornbereich hervorzurufen. Diese kreisärztliche Einschätzung ist plausibel, zumal gemäss der medizinischen Fachliteratur jegliche Bewegung und Belastung des Kniegelenkes innerhalb physiologischer Grenzen

[für einen Meniskusriss] nicht ursächlich sein kann. Die unfallbedingte Läsion ist nur möglich, wenn die physiologischen Bewegungs- und Belastungsgrenzen überschritten werden. Dann müssen jedoch auch schützende Strukturen wie der Kapselbandapparat mitgeschädigt werden. Meniskusschäden sind somit nur in Begleitung nachweisbarer Kapselbandschäden zu erwarten (Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 655 f.). Im vorliegenden Fall wurden in der MRT-Untersuchung vom 12. April 2017 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) keine Bandläsionen festgestellt. Da sich aus den vorliegenden Umschreibungen betreffend das Unfallereignis vom 20. Februar 2017 (vgl. E. II.

## **E. 8**

hiervor) weder eine unphysiologische Bewegungsrichtung noch ein Überschreiten der physiologischen Bewegungsmöglichkeiten ableiten lässt, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine direkte Kniekontusion durch Sturz auf das linke Knie erlitten hat, welche nicht geeignet ist, eine mediale Meniskusläsion zu bewirken (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_81/2017 vom 2. März 2017 E. 5.3).

Der Beschwerdeführer lässt dazu vorbringen, die kreisärztliche Aussage, wonach die bildgebend festgestellte Meniskusläsion nicht auf den Sturz vom 20. Februar 2017 zurückgehe, stehe in einem diametralen Widerspruch zur Beurteilung des behandelnden Orthopäden Dr. med. D.\_\_\_\_. Dieser Arzt führte zunächst in seinem Bericht vom 17. Mai 2017 (E. II. 6.2 hiervor) aus, der Beschwerdeführer habe offenbar vor dem Unfall keinerlei Probleme mit seinem Knie gehabt und dementsprechend müsse «die ganze Pathologie jetzt dem Ereignis zugeschoben werden». Diese Aussage ist insofern nicht eindeutig, als der Arzt nicht klar ausführt, ob er sich auf die Symptomatik bezieht oder ob er die anschliessend konkret genannten Befunde (bone bruise und Meniskusschädigung) meint. Sie ist aber vor allem inhaltlich nicht beweiskräftig, da sich Dr. med. D.\_\_\_\_ einzig auf die «offenbar» bestehende frühere Beschwerdefreiheit bezieht und damit nach dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc» argumentiert, den die Rechtsprechung nicht gelten lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_507/2015 vom 6. Januar 2016 E. 4.3). Im weiteren Verlauf wurde Dr. med. D.\_\_\_\_ konkret die Frage unterbreitet, ob die von ihm im Zusammenhang mit der Schädigung am linken Knie erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. Februar 2017 zurückzuführen seien. Er antwortete: «Die Meniscusschädigung kann Unfallfolge sein» (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Angesichts der klaren Fragestellung lässt diese Antwort darauf schliessen, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ zwar von einer möglichen, aber nicht von einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität ausging. Mit Blick auf die vorstehend zitierten, der medizinischen Literatur zu entnehmenden anerkannten Grundsätze geht bereits diese Einschätzung sehr weit, da der aktenkundige Unfallhergang keinem Mechanismus entspricht, der geeignet wäre, eine Meniskusläsion zu verursachen. Daher könnte auch einer expliziten Bejahung der Unfallkausalität durch den behandelnden Spezialarzt nicht gefolgt werden. Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin betreibe «Wortklauberei», verfängt daher nicht. Die anschliessenden und mit dieser Einschätzung in Zusammenhang stehenden Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach das vorgeschädigte Kniegelenk vorgängig in einem beschwerdefreien Gleichgewicht gewesen sei, welches durch das Ereignis gestört worden sei, und der Beschwerdeführer vorher keine Beschwerden gehabt habe, basieren wiederum auf der beweisrechtlich nicht zulässigen «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation, wonach eine gesundheitliche Schädigung

schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_507/2015 vom 6. Januar 2016 E. 4.3). Die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vermag somit die schlüssige und nachvollziehbare Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_ aus mehreren Gründen nicht in Frage zu stellen.

Wenn der Unfallmechanismus nicht geeignet war, die festgestellte Meniskusverletzung zu verursachen, bleibt auch kein Raum für eine Leistungserbringung unter dem Aspekt einer unfallähnlichen Körperschädigung.

8.3.3 Auch die Ausführungen des Kreisarztes, wonach die im MRI einsehbaren, ausgeprägten degenerativen Veränderungen Ausdruck der von der Radiologin diagnostizierten medial und retropatellär betonten fortgeschrittenen Pangoarthrose seien, vermögen einzuleuchten. So wurde anlässlich der MRT des linken Kniegelenks vom 12. April 2017 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) eine Pangoarthrose medial und retropatellär betont objektiviert, wobei eine viertgradige Chondropathie in allen Gelenkkompartimenten bestehe. Der Kreisarzt hält weiter dafür, dass die initialen Beschwerden nur gering gewesen seien und erst im Verlauf zugenommen hätten. Diese Feststellung stimmt überein mit der Aussage des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_, der in seinem ausführlichen Arztzeugnis vom 3. Juni 2017 (E. II. 6.3 hiervor) ausdrücklich erklärt, es hätten sich anfänglich nur geringgradige Schmerzen entwickelt. Dr. med. G.\_\_\_\_ war der erstbehandelnde Arzt (vgl. Suva-Nr. 1 und 4) und ist als einzige medizinische Fachperson in der Lage, den anfänglichen Verlauf der Beschwerden aus eigener Anschauung zu beurteilen. Mit seiner Beschreibung lässt sich auch vereinbaren, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 20. Februar 2017 zunächst in der Lage war, seine Arbeitstätigkeit fortzusetzen ■ die Arbeitgeberin erstattete denn auch zunächst eine Bagatellunfall-Meldung (Suva-Nr. 1) ■ und die Arbeit aufgrund der Schmerzen erst ab dem 10. Mai 2017 aussetzen musste (vgl. E. II. 6.3 hiervor, vgl. auch Unfallschein, Suva-Nr. 20). Der Umstand, dass die MRT-Untersuchung vom 12. April 2017 veranlasst wurde und dass der Beschwerdeführer zunächst konservativ mit Infiltration, einer leichten Kniestütze, Analgetika und Antirheumatika sowie Physiotherapie behandelt wurde (vgl. E. II. 6.2 f. hiervor), steht der Feststellung, die Schmerzen seien zunächst nur gering gewesen und hätten erst im Verlauf zugenommen, nicht entgegen. Da die konservative Behandlung zu keiner erheblichen Verbesserung geführt hatte, wurde schliesslich im Oktober 2017 ein operativer Eingriff vorgenommen (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin hier ■ wie dies der Beschwerdeführer vorbringt (A.S. 25 f.) ■ von einem falschen Sachverhalt ausgegangen wäre. Wenn der Beschwerdeführer vorbringt, er habe von Anfang an Schmerzen gehabt, jedoch so gut es geht weiterarbeiten wollen (A.S. 25 unten), steht dies den vorangehenden Ausführungen nicht entgegen.

8.3.4 Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 17. Mai 2017 (E. II. 6.2 hiervor) einen deutlichen bone bruise im Knochen. Die MRI-Untersuchung vom 12. April 2017 zeigte ein Knochenmarksödem, vor allem im medialen Kompartiment (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Das Bestehen des bone bruise (neben dem Meniskusriss) bildete für Dr. med. D.\_\_\_\_ ein Argument, zunächst konservativ vorzugehen (vgl. Suva-Nr. 21 S. 3). Der Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ äusserte sich in seiner Beurteilung vom 9. August 2017 (E. II. 6.7 hiervor) nicht zu diesem Aspekt, was der Beschwerdeführer in der ergänzenden Einsprachebegründung vom 10. Oktober 2017 beanstanden liess (Suva-Nr. 38 S. 8). Auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin antwortete Dr. med. C.\_\_\_\_ am 30. Mai

2018 per E-Mail, der beschriebene bone bruise sei Teil einer Überlastungsreaktion im vordegenerierten Gebiet und könne durch Entlastung zurückgehen. Auch hier habe eine direkte Kniekontusion in diesem Bereich nicht zu dessen Genese beigetragen (Suva-Nr. 58). Diese Aussage wird allerdings nicht näher begründet und entspricht daher den allgemeinen Anforderungen (vgl. E. II. 4.4 hiervor) nicht. Sie wird auch nicht durch andere medizinische Stellungnahmen gestützt. Ebenso wenig existiert diesbezüglich eine dem Gericht bekannte medizinische Erfahrungstatsache. Die von den Parteien eingereichten Unterlagen weisen eher darauf hin, dass ein Unfallereignis zwar wohl keine zwingende Voraussetzung des Entstehens eines bone bruise darstellt, ein entsprechender Zusammenhang aber eher die Regel als die Ausnahme bildet. Die vom Beschwerdeführer eingereichte Publikation (Auszug aus Rangger/Goost/Kabir et al., Trauma und Berufskrankheit, 2006, auch abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10039-006-1134-y>, besucht am 9. August 2019) bezeichnet den Unfallmechanismus als weitgehend unklar und beschreibt als typische Beispiele einen Unfall mit Ruptur des vorderen Kreuzbands, schliesst aber einen bone bruise als Folge des hier vorliegenden Unfallhergangs zumindest nicht explizit aus. Gemäss einer im Internet auffindbaren aktuellen Quelle entsteht ein bone bruise in der Regel durch ein traumatisches Ereignis (im vorliegenden Zusammenhang dürfte dieser Begriff in den meisten Fällen einem Unfall im Rechtssinne gleichzusetzen sein). Er kann, so diese Quelle weiter, die einzige Folge eines Traumas sein oder beispielsweise einen Kreuzbandriss, eine Bandverletzung des Sprunggelenks, Dislokationen der Patella, okkulte Frakturen und Kontusionen flankieren, wobei aber auch atraumatische Entstehungsmöglichkeiten (primäres Knochenmarködem) beschrieben werden (vgl. <https://www.zeitschrift-sportmedizin.de/bone-bruise-und-stressfraktur-knochen-im-stress/>, S. 1 unten, besucht am 9. August 2019). Der hier zur Diskussion stehende Unfallhergang wird also auch in dieser Publikation nicht erwähnt. Daraus lässt sich aber nicht ohne weiteres schliessen, er sei in jedem Fall ■ oder aufgrund konkreter Besonderheiten ■ nicht geeignet, einen bone bruise zu verursachen. Die These des Kreisarztes, der beschriebene bone bruise sei «Teil einer Überlastungsreaktion im vordegenerierten Gebiet» und eine direkte Kniekontusion habe nichts zu dessen Genese beigetragen, bildet vor diesem Hintergrund keine ausreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Kausalität des bone bruise. Die Frage kann auch nicht offen gelassen werden: Dr. med. D. \_\_\_ hält zwar in seinem Bericht vom 13. September 2017 fest, der bone bruise habe deutlich abgenommen, so dass ihm kein Krankheitswert mehr beigemessen werden könne (vgl. E. II. 6.8 hiervor). Da die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. Mai 2017 eingestellt hat (vgl. E. I. 2.3 hiervor), könnte eine durch den bone bruise verursachte Symptomatik, falls dieser als unfallkausal anzusehen wäre, einen zusätzlichen Leistungsanspruch bis zum 13. September 2017 begründen (vgl. auch die in diesem Sinne lautende Suva-interne Fragestellung, Suva-Nr. 58). Für die Beurteilung der Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht bereits auf Ende Mai 2017 eingestellt hat, erweisen sich daher ergänzende Abklärungen als unumgänglich.

8.4 Zusammenfassend lässt sich der angefochtene Einspracheentscheid nicht beanstanden, soweit er die Arthrose als unfallfremd einstuft und diesbezüglich lediglich eine vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung in Betracht zieht. Der Einspracheentscheid ist auch insoweit zu bestätigen, als er einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 20. Februar 2017 und der bildgebend festgestellten Meniskusläsion verneint. Gestützt auf die Akten lässt sich jedoch nicht beurteilen, ob der von den behandelnden Ärzten erwähnte und von der Beschwerdegegnerin nicht bestrittene

bone bruise in einem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Februar 2017 steht und, bejahendenfalls, inwieweit sich daraus ein über den 31. Mai 2017 hinaus andauernder Leistungsanspruch ergibt.

8.5 Die Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen Unfall und bone bruise wird einzig in einer E-Mail-Nachricht des Kreisarztes vom 30. Mai 2018 in wenigen Worten beantwortet. Von diesbezüglichen Abklärungen kann nicht gesprochen werden. Es handelt sich daher um eine gänzlich ungeklärte Frage, welche einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zugänglich ist (vgl. BGE 138 V 318 E. 6.1.3 S. 322 f. mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Die Sache ist daher zur ergänzenden Abklärung des Kausalzusammenhangs in Bezug auf den bone bruise und zu anschliessender neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In ihrem neuen Entscheid wird die Beschwerdegegnerin, soweit für das Ergebnis relevant, auch anzugeben haben, worauf sich der Erfahrungssatz stützt, bei einer Kontusion eines ausgedehnten degenerativen Vorzustandes sei der status quo sine nach spätestens drei Monaten erreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_715/2016 vom 6. März 2017 E. 3); sollte keine Quellenangabe möglich sein, wäre die Aussage zu überprüfen. Die Beschwerde ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen.

9. Zu regeln bleiben die Kostenfolgen.

9.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt eine Rückweisung an den Versicherungsträger mit noch ungewissem Ausgang für die Kostenregelung als Obsiegen der Beschwerde führenden Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich unbefristete Leistungen beantragt hat (das Eventualbegehren lautet auf Zusprechung einer Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %), während sich eine allfällige Leistungszusprechung nach der Rückweisung voraussichtlich auf den vergleichsweise kurzen Zeitraum vom 1. Juni 2017 bis 13. September 2017 beschränken würde. Es kann somit auch unter diesem Aspekt nur von einem teilweisen Obsiegen im Ausmass von deutlich weniger als 50 % gesprochen werden. Die Kostennote vom 31. Januar 2019 (A.S. 81 f.) ist insoweit zu kürzen, als Orientierungskopien an die Klientschaft (davon wird bei Positionen «Brief an Klient», die sich nicht anderweitig erklären lassen, ausgegangen) als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist und nicht separat entschädigt wird. Weiter werden Kopien mit CHF 0.50 anstelle der aufgeführten CHF 1.00 entschädigt. Andererseits ist der im Beschwerdeverfahren geheilten Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. E. II. 2 hiervor) durch Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung Rechnung zu tragen, soweit dem Beschwerdeführer dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind (Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2012, 9C\_68/2012, E. 3.1, mit Hinweisen). Wie erwähnt (E. II. 2 hiervor), ist davon auszugehen, dass die Beschwerde auch ohne die Gehörsverletzung erhoben worden wäre. Erübrigt hätten sich das Schreiben vom 4. Juni 2018 (Beschwerdebeilage 3) und die kurze Rüge der Gehörsverletzung, wofür gesamthaft ein Aufwand des Rechtsvertreters von einer Stunde zu veranschlagen ist. Unter Würdigung aller Umstände erscheint damit eine Parteientschädigung von pauschal CHF 1'600.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

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

Demnach wird erkannt:

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit 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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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