

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.287 vom 12. November 2018**

SO Obergericht, 2018-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.287](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.287)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.287 du 12 novembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.287 del 12 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche 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. Diese ist somit im vorliegenden Fall bei dem zu beurteilenden Ereignis vom 18. Januar 2018 anwendbar.

2. Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.1 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]).

2.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). 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).

3. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

### **E. 1.2**

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Diese ist somit im vorliegenden Fall bei dem zu

beurteilenden Ereignis vom 18. Januar 2018 anwendbar. 2. Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). 2.1 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]). 2.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). 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). 3. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

## **E. 2**

Dem Beschwerdeführer seien sämtliche Leistungen nach UVG betreffend das Unfallereignis vom 18. Januar 2018 zu gewähren, namentlich vorderhand Taggelder auszurichten und die vollumfänglichen Kosten für Heilbehandlungen zu übernehmen.

## **E. 3**

Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Einholung eines externen orthopädisch-chirurgischen Gutachtens.

## **E. 4**

4.1 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 Eidg. Versicherungsgerichts

U 6/05 vom 27. April 2005 E. 3.2, publ. in: AJP 2006 S. 1290).

4.2 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).

4.3 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob dieses 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).

4.4 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 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).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für das durch den Beschwerdeführer geltend gemachte Ereignis vom 18. Januar 2018 mit Einspracheentscheid vom 12. November 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgelehnt hat.

6. Die medizinischen Akten enthalten zum relevanten Sachverhalt im Wesentlichen die folgenden Angaben:

6.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, hielt aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 31. Januar 2018 im Bericht vom 31. Januar 2018 (Suva-Nr. 2) folgende Diagnose fest: «Traumatisiertes Femoropatellargelenk rechts». Anamnese: Der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit beim Anheben und Transportieren einer Leiche am 18. Januar einen ventralen Schmerz im Kniegelenk verspürt und dieser beeinträchtigte ihn seither, insbesondere beim Treppensteigen oder sonst bei belasteter Flexion des Knies. Schwellung, Givingways und Blockierungen habe er verneint. Befund: Aktuell hinkfreies Gangbild. Leicht varische Knieachse. Beidseits freie Hüften. Auch das rechte Knie sei frei beweglich. Es bestehe ein leichter Hyperflexionsschmerz ventral lokalisiert. Patellaschiebeschmerz und positives Zohlenzeichen. Leichte Lateralisationstendenz der Patella. Stabiler Kapselbandapparat. Kein intraartikulärer Erguss. Keine Meniscuszeichen.

Beim Röntgen des rechten Knie ap stehend und seitlich vom 31. Januar 2018 (Rodiag) habe keine ossäre oder articuläre Auffälligkeit festgestellt werden können. Beurteilung und Procedere: Das Ganze sei anamnestisch und klinisch eindeutig auf das Femoropatellargelenk lokalisiert. Es sei dem Beschwerdeführer erklärt worden, dass es hier wohl möglicherweise zu einer leichten Knorpelverletzung gekommen sei. Ausser Dehnungs-übungen und einer chondroprotektiven Medikation könne die Natur in ihrer Heilung nicht weiter unterstützt werden und es brauche wohl etwas Geduld, bis das Knie wieder ganz beschwerdefrei sei.

6.2 Aufgrund der am 12. März 2018 (Suva-Nr. 10) durchgeführten MRI des rechten Kniegelenks hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Radiologie, [...], folgende Beurteilung fest: Kein Hinweis auf eine laterale Meniskusläsion. Kleinste Signalalteration in den peripheren Anteilen der Pars intermedia des medialen Meniskus, hier sei eine kleinste periphere Läsion möglich. Chondropathie femoropatellar bei Nachweis eines bis zum Knochen reichenden Knorpeldefektes im trochlearen Gleitlager lateral paramedial mit deutlich angrenzendem Knochenmarkoedem.

6.3 Im Operationsbericht vom 22. März 2018 (Suva-Nr. 11) führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, Spital Einsiedeln, folgende Diagnosen auf:

Bei der Operation seien eine Kniearthroskopie rechts, eine mediale Teilmenisektektomie, eine Abrasio und Knorpelglättung mediales und laterales Tibiaplateau sowie eine Synovektomie durchgeführt worden. Indikation: Der Beschwerdeführer weise seit einem Kniedistorsionstrauma vom 18. Februar 2018, bei dem er als Bestatter einen Toten habe bergen müssen, rezidivierende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des rechten Kniegelenkes auf. Die klinische wie auch radiologische Abklärung hätten hierbei eine mediale Meniskusläsion gezeigt, so dass die Indikation zur Operation gestellt worden sei. Der Beschwerdeführer sei über die Operation, mögliche intra- und postoperative Komplikationen und Risiken aufgeklärt worden und habe schriftlich in die Operation eingewilligt. Prozedere: 1. Verbandwechsel einen Tag postoperativ, Redonentfernung wenn Menge < 50 ml/Tag. Teilbelastung 20 kg für die Dauer von sieben Tagen, anschliessend Übergang zur Vollbelastung. Für die Zeitdauer der Teilbelastung Thromboseprophylaxe mit Fragmin. Fadenentfernung 12 - 14 Tage postoperativ. Aufgrund der Knorpelschäden von Seiten des medialen und lateralen Tibiaplateaus solle sicherlich eine zusätzliche Knorpelaufbau-therapie z.B. mit Condrosulf durchgeführt werden.

6.4 Dr. med. D.\_\_\_\_, beratende Ärztin der Beschwerdegegnerin, hielt am 18. April 2018 (Suva-Nr. 13) fest, der erhobene Befund entspreche einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c. Die vorliegende Listendiagnose sei vorwiegend und mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen. Im Operationsbericht (vgl. E. II. 6.3 hiervor) werde ein Horizontalriss am medialen Meniskushinterhorn sowie eine Chondropathie I - II ° im medialen Kompartiment beschrieben. Diese Befunde seien überwiegend wahrscheinlich auf einen degenerativen Vorzustand zurückzuführen, welcher im Rahmen des Ereignisses vorübergehend verschlimmert worden sei.

6.5 Dr. med. E.\_\_\_\_ beantwortete am 8. Juni 2018 (Suva-Nr. 34) die Fragen der Beschwerdegegnerin. Dabei führte er aus, der Beschwerdeführer habe sich nachweislich am 18. Januar 2018 im Rahmen eines Unfalls ein Kniedistorsionstrauma rechts zugezogen. Er

habe in der Folgezeit ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden angegeben. Klinisch wie auch radiologisch inkl. MRI habe sich eine mediale Meniskusläsion des rechten Kniegelenkes gezeigt, welche am 23. März 2018 operiert worden sei. Die Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt und auf den Unfall zurückzuführen. Der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.4 hiervor) könne nicht gefolgt werden. Das Unfalltrauma habe zu einer Kniedistorsion mit folgender Meniskusläsion geführt.

6.6 Der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Facharzt für Viszeralchirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. September 2018 (Suva-Nr. 37) fest, der Beschwerdeführer sei am 31. Januar 2018 von Dr. med. C.\_\_\_\_ untersucht worden. Der Beschwerdeführer habe mit der Beantwortung des Fragebogens zum Ereignis am 28. März 2018 (Suva-Nr. 7) die Angabe gemacht, er habe zur Zweitmeinung Dr. med. E.\_\_\_\_ aufgesucht. Dieser habe eine Kernspintomografie veranlasst. Ein ärztlicher Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu dieser Konsultation liege nicht vor. Für die Beantwortung der Frage wäre es wichtig, welchen klinischen Befund Dr. med. E.\_\_\_\_ bei seiner Untersuchung dokumentiert habe. Die Beschwerdegegnerin werde daher gebeten, zu veranlassen, diesen Bericht dem Dossier zuzuführen. Dr. med. E.\_\_\_\_ habe den Beschwerdeführer am 22. März 2018 operiert. Im Rahmen einer Kniegelenksarthroskopie habe er eine Teilresektion des Innenmeniskus, eine Synovektomie, eine Ablation und Knorpelglättung im Bereich des medialen und lateralen Tibiaplateaus durchgeführt. Dr. med. F.\_\_\_\_ verlange, dass die intraoperativen Video- / Fotodokumentation zu diesem Eingriff in digitaler Form dem Dossier oder dem PACS zugeführt werde. Dann sei das Dossier erneut zur Beurteilung vorzulegen.

6.7 Im ärztlichen Bericht vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 39) gab Dr. med. E.\_\_\_\_ betreffend den Bericht über die durchgeführte Untersuchung im Rahmen der vom Beschwerdeführer gewünschten Zweitmeinung an, dieser habe sich am 18. Januar 2018 im Rahmen eines Unfalls ein komplexes Kniedistorsionstrauma rechts zugezogen. In der Folgezeit habe er ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des rechten Kniegelenkes ohne Besserungstendenz in den folgenden Wochen angegeben. Aufgrund der Beschwerden sei schliesslich am 6. März 2018 eine Vorstellung des Beschwerdeführers erfolgt. Befunde: Keine Schwellung nachweisbar, die F/E betrage 120-0-0°, ausgesprochene mediale Meniskuszeichen auslösbar, lateral eher unauffällig. Das VKB, HKB wie auch die Seitenbänder zeigten keine Pathologie, die Patellar- und Quadrizepssehne sei soweit unauffällig. MRI: Knie rechts: Komplexe mediale Meniskusläsion. Beurteilung und Procedere: Aufgrund der ausgeprägten Beschwerden und des klinischen wie auch radiologischen Nachweises einer medialen Meniskusläsion sei nach dem Unfallereignis vom 18. Januar 2018 am 22. März 2018 eine Kniegelenkarthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie erfolgt. In der Folgezeit sei der Beschwerdeführer zwischenzeitlich wieder beschwerdefrei und arbeite zu 100 %. Es sei daher unverändert von einem Unfallereignis auszugehen.

6.8 Dr. med. E.\_\_\_\_ gab in seinem Schreiben vom 10. Oktober 2018 (Suva-Nr. 46) an, der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen eines Kniedistorsionstraumas eine mediale Meniskusläsion zugezogen, welche aufgrund der Beschwerden am 22. März 2018 operiert worden sei. Die zudem nachgewiesenen Knorpelschäden von Seiten des medialen und lateralen Tibiaplateaus seien nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dennoch sei glaubhaft nachzuweisen, dass die auch im MRI nachgewiesene mediale Meniskusläsion auf

das Unfallereignis zurückzuführen sei. Eine entsprechende Unfallkausalität sei, im Gegensatz zu den Angaben der Vertrauensärzte, anzunehmen.

6.9 Dr. med. F.\_\_\_\_ nahm am 29. Oktober 2018 eine chirurgische Beurteilung vor (Suva-Nr. 44). Dabei hielt er fest, mit dem fachradiologischen Bericht zur MR-Tomographie des rechten Kniegelenks vom 12. März 2018 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) beschreibe Dr. med. G.\_\_\_\_ eine kleinste Signalalteration weit peripher im Bereich der Pars intermedia des Innenmeniskus. Differentialdiagnostisch sei ein kleiner Einriss dort zu bedenken. Dr. med. G.\_\_\_\_ nenne damit keine eindeutigen bildgebenden Zeichen eines Meniskusrisses.

Dr. med. E.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer am 22. März 2018 am rechten Kniegelenk operiert habe (vgl. E. II. 6.3 hiervor), beschreibe mit seinem Operationsbericht im Bereich des Hinterhorns des Innenmeniskus, zur Pars intermedia reichend, eine Läsion. Diese sei im Bereich der White-White-Zone gelegen. Er habe eine Teilmeniskektomie durchgeführt.

Die intraoperativ angefertigte Fotodokumentation (Suva-Nr. 42) zeige Folgendes: Mit diesem Dokument sei eine kleine Auffaserung des Randes des Innenmeniskus dargestellt, keine Rissbildung des Meniskus. Da kein Bild vorgelegt werde, das eine typische Rissbildung des Innenmeniskus dokumentiere, sei anzunehmen, dass das Foto die Läsion des Innenmeniskus dokumentiere. Auch im Bereich des Vorderhorns sei der Rand des Meniskus nicht mehr glatt begrenzt. Solche Auffaserungen am Rand des Meniskus wiesen auf eine Texturstörung des Meniskusgewebes hin und seien Zeichen eines Verschleissleidens.

Die Kniegelenksmenisken bestünden aus Kollagenfasern, Elastinfasern und Proteoglykanen. Die Ober- und Unterfläche sei mit Faserknorpel bedeckt. Nur im gelenknahen Drittel fänden sich Blutgefässe (daher als rote Zone bezeichnet). Die restlichen 2/3 würden durch Diffusion aus der Gelenkflüssigkeit ernährt (als weisse Zone bezeichnet). Die Fähigkeit zur Regeneration sei bei diesem bradytrophem Gewebe kaum vorhanden. Im Rahmen einer vorzeitigen Alterung des Meniskusgewebes durch ein Verschleissleiden komme es zu einer schleichenden Zerstörung der Struktur des davon betroffenen Meniskus. Eine vorzeitige Alterung des Meniskusgewebes sei zumeist multifaktoriell bedingt.

Als Bestätigung für eine chronische Schädigung des Innenmeniskus könne auch die Signalanhebung innerhalb der Meniskussubstanz gelten, wie sie im vorliegenden Fall mit den Bildern der MR-Tomographie vom 12. März 2018 dargestellt werde (Abbildung 2). Bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung zeige sich das mit Abbildung 2 dargestellte Bild. Die dokumentierte Veränderung entspreche einer degenerativen Meniskusveränderung, die Aufhellungen erreichten nicht die Oberfläche oder Unterfläche des Meniskus und würden damit als Grad I ■ II ■ Degeneration und nicht als Meniskusriss bezeichnet. Bildgebend seien im vorliegenden Fall keine Veränderungen des Innenmeniskus dargestellt, die einer Rissbildung des Meniskus entsprechen würden. Definitionsgemäss handle es sich damit nicht um eine Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit c UVG.

Die bildgebend dargestellten Veränderungen des Innenmeniskus des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers entsprächen zudem einer bereits fortgeschrittenen Abnützung, einem Verschleissleiden. Dr. med. E.\_\_\_\_ beschreibe eine Meniskusläsion und siehe diese als unfallbedingt an. Mit der vorliegenden Bildgebung sei jedoch lediglich eine vorzeitige Abnützung des Innenmeniskus des rechten Kniegelenks im Sinne einer Auffaserung des Meniskusrands objektiviert.

Schlussfolgerung: Der Befund am Innenmeniskus des rechten Kniegelenks des Versicherten entspreche nicht einem Meniskusriss.

Der erhobene Befund entspreche nicht einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG.

6.10 Im Bericht vom 29. November 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 5) hielt Dr. med. E. \_\_\_ folgende Befunde fest: Der Beschwerdeführer habe sich am 18. Januar 2018 beim Bergen eines Toten (der Beschwerdeführer sei Bestatter) ein Knie-Distorsionsstrauma rechts mit sofort einschliessenden Schmerzen zugezogen. Seither weise er ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden auf, ein Niederknien sei seither nicht mehr möglich. Von den Befunden her zeige sich allenfalls eine geringgradige Schwellung, die F/E betrage 120-0-0°, die medialen Meniskuszeichen seien deutlich positiv, lateral unauffällig. Das VKB, HKB wie auch die Seitenbänder zeigten keine Pathologie. MRI: Knie rechts: Komplexe mediale Meniskusklaesion. Diagnose: «Knie-Distorsionsstrauma rechts mit komplexer medialer Meniskusklaesion». Die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 18. Januar 2018 zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei zuvor völlig beschwerdefrei gewesen, im Rahmen des Distorsionstraumas habe er sich, auch ohne Sturz, eine mediale Meniskusklaesion zugezogen, welche befundet und auch radiologisch bestätigt worden sei.

Ohne eine entsprechende operative Massnahme hätten der Status quo ante oder der Status quo sine nicht erreicht werden können. Auch intraoperativ habe sich ein eindeutiges pathologisches mediales Meniskuspatter gezeigt, welches auf den Unfall zurückzuführen sei.

Es liege eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG vor, hierbei sei es einerseits zu einer Verrenkung von Gelenken sowie zu einem Meniskusriss gekommen.

In Bezug auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ vom 29. Oktober 2018 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) sowie die Notiz der Suva-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ vom 18. April 2018 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) hielt Dr. med. E. \_\_\_ fest, die von den beiden Ärzten vorgebrachten Argumente seien nicht stichhaltig, um eine traumatisch bedingte mediale Meniskusklaesion im Sinne eines Distorsionstraumas auszuschliessen. Die von der Beschwerdegegnerin zwischenzeitlich hintertriebene Darstellung, dass es sich nicht um ein Unfallereignis handeln würde, sei mit aller Schärfe zurückzuweisen. Die im Übrigen festgestellten Schäden des Kniegelenkes seien nicht mit dem Unfall in Verbindung zu bringen.

7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 18. Januar 2018 über Schmerzen im rechten Knie klagte. So hielt der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C. \_\_\_ in dem am 31. Januar 2018 verfassten Bericht (vgl. E. II. 6.1 hiervor) die Diagnose eines «traumatisierten Femoropatellargelenkes rechts» fest und führte aus, der Beschwerdeführer leide insbesondere beim Treppensteigen oder sonstiger belasteter Flexion des rechten Knies unter Schmerzen. Die am selben Tag durchgeführte Röntgenuntersuchung am rechten Knie ap stehend und seitlich brachte weder Hinweise auf eine Fraktur noch auf eine Fehlstellung zum Vorschein. So wurde keine ossäre oder articulare Auffälligkeit festgestellt. Solche konnten auch im anschliessend am 12. März 2018 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) durchgeführten MRI nicht objektiviert werden. So wurde kein Hinweis auf eine laterale Meniskusklaesion, indes eine kleinste Signalalteration in den peripheren Anteilen der Pars intermedia des medialen Meniskus festgestellt, wobei in Bezug auf Letztere festgehalten wurde, dass eine kleinste periphere Klaesion möglich sei. Zudem wurden Veränderungen des Gelenkknorpels

im Sinne einer Chondropathie femoropatellar bei Nachweis eines bis zum Knochen reichenden Knorpeldefekts im trochlearen Geleitleger lateral paramedial mit deutlich angrenzendem Knochenmarkoedem objektiviert.

8. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass sich ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG (vgl. E. II. 2.1 hiervor) oder eine unfallähnliche Körperschädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor) ereignet hat.

8.1 Die Annahme eines Unfalls setzt insbesondere eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper voraus.

8.1.1 Den vorliegenden Akten sind die folgenden Angaben zu entnehmen: Aus der Bagatellunfall-Meldung vom 23. Januar 2018 (Suva-Nr. 1) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer bei der Privatabholung eines Verstorbenen (schwere Person) durch «Drehung unter Gewicht» am Knie verletzt habe. Dem durch den Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen vom 28. März 2018 zum Vorfall vom 18. Januar 2018 (Suva-Nr. 7) lässt sich ebenfalls entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Bestatter bei der Privatabholung eines Verstorbenen, schwere Person, durch die «Drehung unter Gewicht» am Knie verletzt habe. Er habe einen dumpfen Schmerz und ein Stechen unter der Patella verspürt. Es habe sich in dem Sinne etwas Besonderes ereignet, als eine «Drehung unter Gewicht» stattgefunden habe. Die Beschwerden hätten sich am 18. Januar 2018 abends erstmals bemerkbar gemacht. Diese Ausführungen zu dem sich am 18. Januar 2018 zugetragenen Ereignis lassen sich durch die vorliegenden medizinischen Berichte verifizieren: So hielt der den Beschwerdeführer erstbehandelnde Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 31. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fest, der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit beim Anheben und Transportieren einer Leiche am 18. Januar 2018 einen ventralen Schmerz im Kniegelenk verspürt, der ihn seither sowohl beim Treppensteigen als auch bei belasteter Flexion des Knies beeinträchtige. Ähnliche Angaben finden sich sodann auch im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 22. März 2018 (vgl. E. II. 6.3 hiervor), indem dieser ausführte, der Beschwerdeführer weise seit einem Kniedistorsionstrauma vom 18. Februar 2018, bei dem er als Bestatter einen Toten habe bergen müssen, rezidivierende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des rechten Kniegelenks auf. Entsprechende Angaben machte Dr. med. E.\_\_\_\_ auch im Bericht vom 8. Juni 2018 (vgl. E. II. 6.5 hiervor). In seinem ärztlichen Bericht vom 21. September 2018 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) sprach er von einem «komplexen Kniedistorsionstrauma rechts» und in der Folgezeit angegebenen, ausgeprägten Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des rechten Kniegelenkes ohne Besserungstendenzen in den folgenden Wochen.

8.1.2 Das Kriterium der Ungewöhnlichkeit dient dazu, eine Abgrenzung des Unfalls von Ereignissen zu ermöglichen, die im Rahmen des Alltäglichen eintreten. Bei der Prüfung im Einzelfall ist regelmässig davon auszugehen, dass kleine Vorfälle, die sich täglich zutragen können (wie kleinere Schürfungen etc.) grundsätzlich nicht als Unfallereignisse im Sinne von Art. 4 ATSG betrachtet werden können. Massgebend ist, ob das Ereignis das im jeweiligen Lebensbereich Alltägliche oder Übliche überschreitet (Ueli Kieser: Der Unfallbegriff in der neueren Rechtsprechung, in: Schaffhauser / Kieser [Hrsg.]: Unfall und Unfallversicherung, St. Gallen 2009, S. 9 ff., 16). Die Ungewöhnlichkeit bezieht sich auf den äusseren Faktor und nicht auf dessen Wirkung auf den menschlichen Körper (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79 f.). Kein Unfall liegt somit vor, wenn ein (nicht ungewöhnlicher)

äusserer Faktor lediglich schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zieht (André Nabold, in: Hürzeler / Kieser [Hrsg.]: UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 UVG N 22). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er ■ nach einem objektiven Massstab ■ nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 134 V 72 E. 4.1 S. 76, 129 V 402 E. 2.1 S. 404).

8.1.3 Beim geschilderten Ereignis vom 18. Januar 2018 ■ der Privatabholung eines Verstorbenen mit «Drehung unter Gewicht» ■ handelt es sich um ein Vorgehen, das sich bei einem Bestatter im Rahmen des Alltäglichen bewegt und sich täglich zutragen kann. So ist davon auszugehen, dass der Transport eines Verstorbenen zu einem Bestattungsunternehmen oder zum Friedhof zur beruflichen Erwerbstätigkeit eines Bestatters gehört. Das Anheben bzw. der Transport eines Verstorbenen bilden somit Teil der berufsüblichen Anstrengungen eines Bestatters. Dass das Gewicht der jeweiligen Leichname variieren kann, versteht sich dabei von selbst. Daran ändern auch die Angaben des Arbeitskollegen des Beschwerdeführers H.\_\_\_\_ vom 23. November 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 3) nichts, wonach es sich beim Einsatz vom 18. Januar 2018 um einen aussergewöhnlichen Todesfall gehandelt habe, die Verwesung des circa 120 bis 140 kg schweren Leichnams schon weit fortgeschritten gewesen sei, so dass der Untergrund bereits mit Körperflüssigkeit verunreinigt gewesen sei und sie bei der Bergung platzmässig und umstandsmässig nicht schonende Drehungen hätten vornehmen müssen. Dabei müsse sich der Kollege verletzt haben. Aufgrund dieser Angaben ist als erstellt anzusehen, dass der Beschwerdeführer den relativ schweren Verstorbenen am 18. Januar 2018 zwar unter schwierigen Umständen, jedoch unter Mithilfe seines Arbeitskollegen geborgen hat. Somit hatte der Beschwerdeführer das Gesamtgewicht des Verstorbenen von circa 120 bis 140 kg nicht allein zu tragen. Das durch den Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorgebrachte Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts RKUV Nr. U 180 S. 39 (A.S. 15), in welchem beim Heben eines Gewichts von 150 kg durch einen Bauhandlanger der ungewöhnliche äussere Faktor bejaht wurde, da dies auch unter Berücksichtigung der Gewöhnung eines Bauhandlangers nicht mehr als üblich angesehen werden könne, erweist sich daher im vorliegenden Fall als nicht einschlägig. So ist hier ■ wie oben festgehalten ■ gerade nicht von einem Gewicht in der Grössenordnung von 150 kg auszugehen. Weitere aussergewöhnliche Faktoren, die sich bei der Bergung ereignet hätten (bspw. ein Sturz oder ein Anschlagen) lassen sich auch dem Schreiben des Arbeitskollegen H.\_\_\_\_ nicht entnehmen. Damit liegt kein Unfall im Sinne des Gesetzes vor. Eine Leistungspflicht unter diesem Titel ist zu verneinen. Dies entspricht im Übrigen auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung. So verneinte das Bundesgericht den aussergewöhnlichen äusseren Faktor bspw. bei einem Hilfswärter, der einen 100 bis 120 kg schweren Patienten vom Operationstisch in ein Bett umbettete, indem er die Unterlage, auf welcher der Patient lag, ziehen musste und dann Schmerzen im Rücken verspürte (BGE 116 V 139), oder im Fall einer 39-jährigen, 62 kg schweren Krankenschwester, die unversehens das Gewicht einer 66 kg schweren Patientin auffangen musste (Urteil des Eidg. Versicherungsgericht U 421/01 vom 15. Januar 2003; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_444/2009 E. 4.3 vom 11. Januar 2010 [nicht publ. in BGE 136 V 2]).

8.2 Zu prüfen bleibt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung nach dem seit 1. Januar 2017 geltenden Art. 6 Abs. 2 UVG (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin ist demnach leistungspflichtig,

wenn die Verletzung nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Wann in diesem Zusammenhang eine «vorwiegende» Verursachung vorliegt, ist gerichtlich noch nicht geklärt. In der Lehre wird analog zu Art. 9 Abs. 1 UVG (Berufskrankheit bei Listenerkrankung oder Listenstoff) ein Anteil von mehr als 50 % aller mitwirkenden Ursachen verlangt (Nabold, a.a.O., Art. 6 UVG N 44; Markus Hüsler: Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 26 ff., 34). Diese Frage muss vorliegend nicht abschliessend beantwortet werden, weil von einem deutlich über 50 % liegenden degenerativen Anteil auszugehen ist, so dass eine vorwiegende Verursachung auch bei einem strengeren Massstab zu bejahen wäre. Da primär das Bestehen einer Listenverletzung (d.h. eine der in der genannten Bestimmung aufgezählten Verletzungen) vorausgesetzt wird, ist zunächst zu prüfen, ob im vorliegenden Fall überhaupt eine solche gegeben ist:

8.2.1 Hierzu ist auf die auf den vollständigen medizinischen Vorakten und der Bilddokumentation beruhende chirurgische Beurteilung des Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) einzugehen. Dieser hatte sich im Wesentlichen zu den Fragen zu äussern, ob der erhobene Befund einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG entspreche und falls ja, ob diese mit dem Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Abnutzung bzw. Erkrankung zurückzuführen sei. Dr. med. F.\_\_\_\_ ging zunächst auf den fachradiologischen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. März 2018 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ein und hielt fest, dieser nenne keine eindeutigen bildgebenden Zeichen eines Meniskusrisses. Diese kreisärztliche Einschätzung überzeugt, da Dr. med. G.\_\_\_\_ aufgrund der durchgeführten MRI u.a. eine «kleinste Signalalteration in den peripheren Anteilen des Pars intermedia des medialen Meniskus» festhielt und darlegte, dass hier eine kleinste periphere Läsion «möglich sei». Somit konnte Dr. med. G.\_\_\_\_ aufgrund des durchgeführten bildgebenden Verfahrens keinen eindeutigen Meniskusriss objektivieren. Im Weiteren setzte sich Dr. med. F.\_\_\_\_ mit dem Operationsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 22. März 2018 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) auseinander, wobei er auch die angefertigte intraoperative Fotodokumentation (Suva-Nr. 42) einbezog. Dr. med. E.\_\_\_\_ wies im entsprechenden Bericht u.a. die Diagnosen einer «medialen Meniskusläsion Knie rechts» und einer «Chondropathie Grad I bis II mediales und laterales Tibiaplateau mit Knorpelursen laterales Tibiaplateau» aus. Diesbezüglich führte Dr. med. F.\_\_\_\_ in einleuchtender Weise aus, dass gestützt auf die Abbildung 1 der intraoperativen Fotodokumentation eine kleine Auffaserung des Randes des Innenmeniskus dargestellt sei, jedoch keine Rissbildung im Meniskus. Auch im Bereich des Vorderhorns sei der Rand des Meniskus nicht mehr glatt begrenzt. Diese Auffaserungen am Rand des Meniskus seien auf eine Texturstörung des Meniskugewebes zurückzuführen, welche Zeichen eines Verschleissleidens seien. Diese Folgerung erscheint aufgrund der nachfolgenden Argumentation des Kreisarztes nachvollziehbar: So ging er in einleuchtender und allgemeiner Weise auf die Beschaffenheit der Kniegelenksmenisken ein und hielt fest, dass die Ober- und Unterfläche mit Faserknorpel bedeckt seien und sich nur im gelenknahen Drittel Blutgefässe befänden. Die restlichen 2/3 würden durch Diffusion aus der Gelenkflüssigkeit ernährt. Daher sei bei diesem bradytrophem Gewebe die Fähigkeit zur Regeneration kaum vorhanden. In diesem Zusammenhang erscheint auch die weitere Darlegung von Dr. med. F.\_\_\_\_ schlüssig, wonach es im Rahmen einer vorzeitigen Alterung des Meniskugewebes, welche meist multifaktoriell bedingt sei, durch ein Verschleissleiden zu einer schleichenden Zerstörung der Struktur des davon betroffenen Meniskus komme. Als Bestätigung für eine chronische Schädigung des Innenmeniskus führte der Kreisarzt

zudem die Signalanhebung innerhalb der Meniskussubstanz an, wie sie mit den Bildern der MRI vom 12. März 2018 dargestellt werde. Gestützt auf eine weitere beigezogene bildgebende Abbildung ging Dr. med. F.\_\_\_\_ ergänzend davon aus, dass die dokumentierte Veränderung beim Beschwerdeführer einer degenerativen Meniskusveränderung entspreche und die Aufhellungen auf der Abbildung nicht die Ober- und Unterfläche des Meniskus erreichen würden und damit als Grad I ■ II ■ Degeneration und nicht als Meniskusriss zu bezeichnen seien. Dadurch gelangte Dr. med. F.\_\_\_\_ zum Schluss, dass im vorliegenden Fall keine Veränderungen des Innenmeniskus dargestellt seien, die einer Rissbildung des Meniskus entsprächen. Diese kämen vielmehr einer bereits fortgeschrittenen Abnützung, einem Verschleissleiden, gleich. Der erhobene Befund am Innenmeniskus des rechten Kniegelenkes entspreche daher keiner Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG.

8.2.2 Es ist zu prüfen, ob die vor der chirurgischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 verfassten medizinischen Berichte der beweismässigen Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_ entgegenstehen bzw. an dieser zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen (vgl. E. II. 4.4 hiervor):

8.2.2.1 Die Kreisärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer äusserst knapp ausgefallenen Stellungnahme vom 18. April 2018 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) fest, die erhobenen Befunde würden einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG (Meniskusriss) entsprechen. Diese Einschätzung ist nicht nachvollziehbar, weil sich die Kreisärztin nicht substantiiert mit den entsprechenden Befunden auseinandersetze und somit nicht ersichtlich ist, woraus genau sie einen Meniskusriss ableitete. Zudem zog sie die während des operativen Eingriffs angefertigte Fotodokumentation nicht bei. Es kann folglich nicht ausgeschlossen werden, dass sie sich bei der Beurteilung des Vorliegens einer Listendiagnose einzig auf die durch Dr. med. E.\_\_\_\_ im Operationsbericht vom 22. März 2018 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) ausgewiesenen Diagnosestellungen bezog. Damit beruht ihre Beurteilung nicht auf sämtlichen vorliegenden medizinischen Akten. Kenntnis der vollständigen Aktenlage bildet indes Voraussetzung für die Beurteilung der Dr. med. D.\_\_\_\_ vorgelegten Fragestellung zum Vorliegen einer Listenverletzung. So hielt der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 13. September 2018 (vgl. E. II. 6.6. hiervor) denn auch explizit fest, es seien zunächst der ärztliche Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ betreffend die durchgeführte Kernspintomographie sowie die intraoperative Video- / Fotodokumentation einzuholen und das Dossier sei ihm dann erneut zur Beurteilung vorzulegen. Daraus kann geschlossen werden, dass die medizinischen Akten im Zeitpunkt vom 13. September 2018 noch nicht vollständig waren und daher für die Beantwortung der Frage, ob eine Listenverletzung vorliege, das Einholen von weiteren medizinischen Berichten notwendig war.

Der Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ kann somit nicht gefolgt werden.

8.2.2.2 Einzugehen ist auf die Einschätzungen des orthopädischen Chirurgen und Sportmediziners Dr. med. E.\_\_\_\_. Dieser hielt bereits im Rahmen der Beantwortung der Fragen der Beschwerdegegnerin vom 8. Juni 2018 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) fest, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt und auf den Unfall zurückzuführen. Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden, da sich Dr. med. E.\_\_\_\_ mit dem Unfallereignis vom 18. Januar 2018 gar nicht auseinandersetze und daher nicht klar ist, weshalb die festgestellten Befunde aus diesem Ereignis hervorgegangen sein sollten. Dies gilt sodann auch für den weiteren ärztlichen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 21. September 2018 (vgl. E. II. 6.7 hiervor), in welchem er einzig festhielt, es sei unverändert von einem Unfallereignis auszugehen. Im Bericht vom

10. Oktober 2018 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) nahm er sodann eine Unterscheidung zwischen den nachgewiesenen Knorpelschäden von Seiten des medialen und lateralen Tibiaplateaus und der medialen Meniskusläsion vor, wobei er in Bezug auf Erstere davon ausging, diese seien nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Einzig die Meniskusläsion sei unfallkausal. Auch hier fehlt es an einer nachvollziehbaren Herleitung bzw. Begründung dieser Einschätzung. Dr. med. E. \_\_\_ spricht in seinen Stellungnahmen auch durchgehend von einer «Meniskusläsion», also einer Meniskusverletzung. Da es sich bei Dr. med. E. \_\_\_ um den behandelnden orthopädischen Chirurgen des Beschwerdeführers handelt, ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Zudem führte Dr. med. F. \_\_\_ in seinem chirurgischen Bericht vom 29. Oktober 2018 (Suva-Nr. 44 S. 6) in Bezug auf die durch Dr. med. E. \_\_\_ beschriebene unfallbedingte Meniskusläsion aus, mit der vorliegenden Bildgebung sei lediglich eine vorzeitige Abnützung des Innenmeniskus des rechten Knies im Sinne einer Auffaserung des Meniskusrandes objektiviert. Die Einschätzungen von Dr. med. E. \_\_\_ vermögen daher nicht zu überzeugen. Sie sind insbesondere nicht geeignet, die Beurteilungen und Ausführungen von Dr. med. F. \_\_\_ in der chirurgischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 in Zweifel zu ziehen.

8.2.3 Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass die vor der chirurgischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 von Dr. med. F. \_\_\_ verfassten ärztlichen Einschätzungen an dessen Beurteilung von Verletzung und Kausalität keine auch nur geringen Zweifel zu wecken vermögen.

8.3 Einzugehen ist auf den nach der orthopädischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 verfassten Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ vom 29. November 2018 (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Dieser vermag ■ wie nachfolgend darzulegen ist ■ an den beweiswertigen Ausführungen und Einschätzungen der Verletzung und des Kausalzusammenhangs von Dr. med. F. \_\_\_ ebenfalls nichts zu ändern. So entspricht sein Hinweis, wonach der Beschwerdeführer vor dem 18. Januar 2018 beschwerdefrei gewesen sei, dem Grundsatz «post hoc ergo propter hoc», der keine zulässige Grundlage für eine unfallversicherungsrechtliche Kausalitätsbeurteilung bildet (vgl. BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330, 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C\_222/2018 vom 8. August 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis). Die weitere Ausführung von Dr. med. E. \_\_\_, wonach sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 18. Januar 2018 eine «Verrenkung von Gelenken» sowie einen «Meniskusriss» zugezogen habe, vermag aufgrund der zeitlich vorangehenden Akten und insbesondere der chirurgischen Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ vom 29. Oktober 2018 nicht zu überzeugen. So konnte dieser unter Heranziehung der beim operativen Eingriff vom 22. März 2018 angefertigten Fotodokumentation in plausibler Weise darlegen, dass sich bildgebend keine Veränderungen des Innenmeniskus darstellten, die einer Rissbildung im Meniskus entsprächen (Suva-Nr. 44 S. 5 unten). Dr. med. E. \_\_\_ setzte sich in seinem Bericht vom 29. November 2018 denn auch nicht mit dem sich am 18. Januar 2018 zugetragenen Ereignis vertieft auseinander. Es ist zudem augenfällig, dass Dr. med. E. \_\_\_ im Bericht vom 29. November 2018 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) gegenüber seinen zeitlich zuvor verfassten Berichten widersprüchliche Angaben machte. So führte er u.a. aus, der Beschwerdeführer weise «ausgeprägte Bewegungs- und Belastungsbeschwerden» auf und es zeige sich allenfalls eine «geringgradige Schwellung». Im ärztlichen Bericht vom 21. September 2018 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) gab er demgegenüber an, der Beschwerdeführer

sei zwischenzeitlich «wieder beschwerdefrei» und arbeite zu 100 %. Es sei im Weiteren «keine Schwellung» nachweisbar. Da sich Dr. med. E.\_\_\_\_ mit diesen unterschiedlichen Befunden nicht weiter auseinandersetze, vermag nicht einzuleuchten, weshalb sich diese innerhalb einer relativ kurzen Zeit ■ innerhalb von zwei Monaten ■ verändert haben sollten. Dr. med. E.\_\_\_\_ hat sich im Bericht vom 29. November 2018 mit den Einschätzungen der Kreisärzte, insbesondere derjenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018, nicht substantiiert auseinandergesetzt, sondern einzig festgehalten, die von den beiden Ärzten vorgebrachten Argumente seien nicht stichhaltig, um eine traumatisch bedingte mediale Meniskusläsion im Sinne eines Distorsionstraumas auszuschliessen. Da diese Einschätzung nicht auf einer fundierten Begründung und Auseinandersetzung mit eben diesen Berichten beruht, überzeugt sie nicht. Folglich vermag sein Bericht vom 29. November 2018 an der nachvollziehbaren Einschätzung der Kausalität von Dr. med. F.\_\_\_\_ keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen.

8.4 Es ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

8.4.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ sei in Verletzung des rechtlichen Gehörs hinter dem Rücken des Beschwerdeführers eingeholt worden (A.S. 18). So habe die Beschwerdegegnerin die Beurteilung ohne dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme zu bieten, in den Einspracheentscheid einfließen lassen. Zudem habe der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen im nichtstreitigen Administrativverfahren durchzuführen und dürfe diese nicht ins Einspracheverfahren verschieben, was vorliegend in Verletzung von Bundesrecht geschehen sei. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es gerade zu den Aufgaben eines Kreisarztes gehört, ärztliche Berichte aus verschiedenen Fachgebieten zu würdigen und abschliessend zur Unfallkausalität Stellung zu nehmen. Es ist daher nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer über das Einholen der kreisärztlichen Stellungnahme bei Dr. med. F.\_\_\_\_ vorgängig hätte informieren müssen. Indem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer den chirurgischen Bericht vom 29. Oktober 2018 nicht vor Erlass des Einspracheentscheids vom 12. November 2018 zur Kenntnis gebracht hat, wurde der Gehörsanspruch des Beschwerdeführers möglicherweise verletzt, ohne dass dies hier abschliessend geprüft werden müsste. Da der Beschwerdeführer diese kreisärztliche Beurteilung im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erhalten hat und sich zu dieser äussern konnte, wäre auf jeden Fall von einer Heilung einer als leichtgradig einzustufenden Gehörsverletzung auszugehen. Die Vorbringen erweisen sich demnach als nicht stichhaltig. Eine Verletzung von Bundesrecht ist vorliegend ebenfalls nicht ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die Begehren der Versicherungsträger zu prüfen, notwendige Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die notwendige Abklärung im Sinne einer chirurgischen Beurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ erst im Einspracheverfahren eingeholt, weil ihr erst nach Erlass der Verfügung vom 3. Mai 2018, nämlich durch die Einsprachen vom 3. Mai 2018 bzw. vom 24. Mai 2018 inkl. Ergänzung vom 21. Juni 2018 weitere Argumente zugetragen wurden, mit denen sie sich auseinandersetzen hatte. Von einer bewussten Verschiebung der notwendigen Abklärungen ins Einspracheverfahren kann daher ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ nicht ausgegangen werden.

8.4.2 Auch die Ansicht des Beschwerdeführers, wonach ihn Dr. med. F.\_\_\_\_ im Gegensatz zu Dr. med. E.\_\_\_\_ nie persönlich untersucht habe (A.S. 22), vermag den Beweiswert des

orthopädischen Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018 nicht zu schmälern. So bieten die vorliegenden Akten ein unbestrittenes und vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status. Ausserdem liegt der Untersuchungsbefund lückenlos vor, weshalb Dr. med. F.\_\_\_\_ durchaus imstande war, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen. Eine körperliche Untersuchung war daher vorliegend nicht erforderlich.

8.5 Es kann daher auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Einschätzungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ in seiner chirurgischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 abgestellt werden. Demzufolge entsprechen die beim Beschwerdeführer nach dem Ereignis vom 18. Januar 2018 festgestellten Befunde keiner Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG und es liegt insbesondere kein Meniskusriss im Sinne dieser Bestimmung vor. Selbst wenn von einer entsprechenden Verletzung auszugehen wäre, würde diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf einer Abnützung oder Erkrankung berufen. So legte der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ in seiner chirurgischen Beurteilung vom 29. Oktober 2018 überzeugend dar, dass die bildgebend dargestellten Veränderungen des Innenmeniskus des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers einer bereits fortgeschrittenen Abnützung, einem Verschleissleiden, entsprächen. Damit entfällt eine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch unter dem Titel einer unfallähnlichen Körperschädigung.

9. Somit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2018 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

10. Bezüglich weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis des Bundesgerichts zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da sowohl von dem durch den Beschwerdeführer beantragten externen orthopädisch-chirurgischen Gutachten (vgl. E. I. 2, Ziff. 3 hiervor) als auch von der beantragten Zeugenbefragung von Dr. med. E.\_\_\_\_ (A.S. 22 unten) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist von diesen abzusehen.

11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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