

SO_GERICHTE VSBES.2023.186 vom 19. Mai 2023

SO Obergericht, 2023-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.186

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.186 du 19 mai 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.186 del 19 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1989 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit August 2007 bei der C.____ AG als Service-Techniker zu 100 % angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert.

1.2 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 9. Juni 2021 (Akten der Suva [Suva-Nr.] 1) verdrehte sich der Beschwerdeführer am 5. Juni 2021 bei einem Zweikampf im Fussball das Knie. Im Verlaufsbericht der Klinik D.____ vom 9. Juni 2021 (Suva-Nr. 2) wurden eine Bone Bruise in der Trochlea mit fokaler Chondropathie sowie eine symptomatische traumatisierte Plica mediopatellaris Knie links nach Distorsion vom 5. Juni 2021 diagnostiziert. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand nicht (vgl. Suva-Nr. 10). Anlässlich der Kontrolle vom 18. Juni 2021 hielt der behandelnde Arzt einen regelrechten Verlauf fest und schloss die Behandlung bei Fortführung der physiotherapeutischen Behandlung ab (Suva-Nr. 4).

1.3 Im November 2021 traten erneut Beschwerden am linken Kniegelenk auf und der Beschwerdeführer begab sich in medizinische Behandlung. Das am 16. November 2021 durchgeführte MRI zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung (MRI-Bericht vom 9. Juni 2021, Suva-Nr. 12) einen neu aufgetretenen, scharfrandig begrenzten tiefen Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus sowie zunehmende Chondropathie zentral an der Trochlea mit zunehmenden angrenzenden subchondralen Knochenreaktionen (Suva-Nr. 11).

1.4 In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, eine versicherungsmedizinische Beurteilung, welche am 13. Januar 2022 erstattet wurde (Suva-Nr. 18). Nach Eingang des Verlaufsberichts der Klinik D.____ vom 10. Januar 2022 (Suva-Nr. 19) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine erneute Beurteilung durch Dr. med. E.____, welche am 21. Januar 2022 erstattet wurde (Suva-Nr. 26).

1.5 Mit Verfügung vom 28. Januar 2022 lehnte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die gemeldeten Kniebeschwerden mangels Kausalität ab und stellte die bisher erbrachten Versicherungsleistungen per 8. Dezember 2021 ein (Suva-Nr. 27). Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 7. Februar 2022 Einsprache (Suva-Nr. 32). Am 13. Juli 2022 reichte sein Vertreter eine Einspracheergänzung ein (Suva-Nr. 48).

1.6 Am 10. August 2022 liess der Beschwerdeführer eine Stellungnahme der Klinik D.____ vom 22. Juni 2022 einreichen (Suva-Nr. 50). Daraufhin wurde das Dossier erneut Dr. med. E.____ vorgelegt, welcher seinen Bericht am 14. September 2022 erstattete (Suva-Nr.

52). Mit Eingabe vom 9. Dezember 2022 nahm der Beschwerdeführer Stellung zur ärztlichen Beurteilung von Dr. med. E.____ und liess gleichzeitig eine Stellungnahme von Dr. med. F.____, Facharzt Orthopädie und Sportmedizin, Oberarzt Klinik D.____, vom 31. Oktober 2022 einreichen (Suva-Nrn. 56 f.).

1.7 Mit Einspracheentscheid vom 19. Mai 2023 wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache des Beschwerdeführers gegen die Verfügung vom 28. Januar 2022 ab (Suva-Nr. 58; Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

2. Mit Zuschrift vom 7. Juni 2023 lässt der Beschwerdeführer beim Kantonsgericht Luzern Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 19. Mai 2023 erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 9 ff.):

3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2023 (A.S. 21 ff.) auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Schreiben vom 7. August 2023 (A.S. 29) überweist das Kantonsgericht Luzern die Akten im Verfahren des Beschwerdeführers zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht).

5. Mit Replik vom 4. Oktober 2023 (A.S. 37 ff.) hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest.

6. In ihrer Duplik vom 26. Oktober 2023 (A.S. 46) schliesst die Beschwerdegegnerin weiterhin auf Abweisung der Beschwerde.

7. Die am 20. November 2023 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Berichte (Radiologische Stellungnahme von PD Dr. med. G.____ vom 6. Juni 2023 und E-Mail der Klinik D.____ vom 13. November 2023; Urkunden Nrn. 3 und 4) sowie die Kostennote (A.S. 50 ff.) gehen mit Verfügung vom 21. November 2023 (A.S. 53) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f., 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 4.5.1).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I

140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids ■ vorliegend bis 19. Mai 2023 ■ mitzubersichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 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).

4. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 5. Juni 2021 einen Unfall erlitten hat und in der Folge am linken Knie Beschwerden aufgetreten sind. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch nach dem 8. Dezember 2021 Anspruch auf Leistungen für das Unfallereignis vom 5. Juni 2021 hat.

5. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 19. Mai 2023 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, vom 13. Januar 2022 (Suva-Nr. 18) und vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 52). Es ist daher nachfolgend auf diese Aktenbeurteilungen einzugehen:

5.1 Dr. med. E.____ setzte sich in seiner Beurteilung vom 13. Januar 2022 zunächst eingehend mit der medizinischen Literatur auseinander. Konkret auf das Unfallereignis vom

5. Juni 2021 bezogen führte er aus, gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 9. Juni 2021 habe sich der Versicherte beim Zweikampf im Fussballspiel das linke Knie verdreht. Im Rahmen der Konsultation vom 9. Juni 2021 werde zudem dokumentiert, dass «gegen das linke Bein getreten worden» sei. Dies werde ebenfalls im Fragebogen vom 28. November 2021 (Suva-Nr. 10) vom Versicherten bestätigt, «der Gegenspieler tritt mit seinem Fuss auf mein Knie». Sowohl aus dem Sprechstundenbericht vom 9. Juni 2021, als auch aus dem Fragebogen vom 28. November 2021 gehe nicht hervor, wo genau der Versicherte den Fusstritt des Gegenspielers im Bereich des Knies erhalten habe (beispielsweise seitlich oder über der Kniescheibe?). Aus dem Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 gehe hervor, dass «eine Schwellung» dem Versicherten nicht aufgefallen sei. Als Befund werde am 9. Juni 2021, also 4 Tage nach dem Ereignis, ein «unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung» dokumentiert. Nach eigener Einsicht in das MRI vom 9. Juni 2021, ebenfalls 4 Tage nach dem Ereignis angefertigt, kämen, soweit abgebildet, die Weichteile unauffällig zur Darstellung, ein (sub)cutanes oder intramuskuläres Hämatom, was als Ausdruck einer massiven externen Gewalteinwirkung zu werten wäre, finde sich nicht. Die Kniescheibe zeige postoperative Veränderungen, jedoch keine frische Läsion, insbesondere kein Bone Bruise. Speziell weise die befundende Radiologin darauf hin, dass ein «Intakter Knorpel retropatellär, insbesondere an der medialen Patellafacette» bestehe. Bei einer massiven direkten Gewalteinwirkung auf die Kniescheibe würde in aller Regel im MRI ein Bone Bruise zur Darstellung kommen. Die fachradiologische Beurteilung, dass eine «intakte MPFL-Rekonstruktion» vorliege, könne ebenfalls bestätigt werden. Somit könne auch eine mögliche Patella(sub)luxation am 5. Juni 2021 ausgeschlossen werden. Die Seitenbänder und die VKB-Rekonstruktion seien intakt, ebenfalls komme der periphere Knochen des Unter- und Oberschenkels unauffällig zur Darstellung. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich im unmittelbar angefertigten MRI des linken Kniegelenkes keine Zeichen einer massiven Gewalteinwirkung fänden. Die Kniescheibe inkl. der retropatellare Knorpel sowie sämtliche Bänder inkl. MPFL-Rekonstruktion und VKB-Rekonstruktion kämen unauffällig zur Darstellung. Gemäss den allgemeinen Fallbetrachtungen würden bei Knorpelläsionen traumatischer Genese Begleitverletzungen (beispielsweise Bandläsionen oder eine Patellaluxation) erwartet, solche fehlten aber gänzlich im MRI vom 9. Juni 2021.

Zu der am 16. November 2021 durchgeführten MRI hielt der Kreisarzt fest, nach eigener Einsicht in die Bildgebung könne die fachradiologische Beurteilung von Dr. med. H. ___ einer zunehmenden «Chondropathie zentral an der Trochlea» mit zunehmender angrenzender subchondraler Knochenreaktionen geteilt werden. Wie unter «allgemeine Fallbetrachtungen» festgehalten, verschwänden traumatisch bedingte Knochenödeme in Abhängigkeit von der Ausgangsgrösse in der Mehrzahl der Fälle nach 1 ■ 6 Monaten. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Zwischen den MRI vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 seien rund fünf Monate vergangen. Die Knochenreaktion habe während dieser Zeit nicht abgenommen, sondern sogar zugenommen. Dies spreche gegen ein traumatisch bedingtes Knochenödem am 9. Juni 2021. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens.

In Bezug auf ein Unfallereignis vom 11. März 2014 und der am 14. März 2014 durchgeführten MRI-Untersuchung führte Dr. med. E. ___ aus, nach eigener Einsicht in die Bildgebung komme die Trochlea (der anatomische Ort, welcher im MRI vom 6. September

2021 [recte: 9. Juni 2021] eine Signaländerung aufweise) unauffällig zur Darstellung ■ es finde sich weder eine Knorpelläsion noch eine subchondrale Knochenreaktion.

Zusammenfassend kommt Dr. med. E.____ zum Ergebnis, aufgrund des MRIs vom 14. März 2014, in welchem der Knorpel und der subchondrale Knochen der Trochlea unauffällig zur Darstellung komme, des klinischen Befundes am 9. Juni 2021 ohne äussere Verletzungszeichen bzw. eines «Unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung», des MRIs vom 9. Juni 2021 ohne Hinweise für eine stattgehabte massive Gewalteinwirkung am 5. Juni 2021 bzw. fehlenden Begleitverletzungen und der Verlaufs-Bildgebung vom 16. November 2021 mit einer Zunahme des subchondralen Knochenödems, was als Ausdruck einer vorbestehenden arthrotischen Knorpelläsion zu werten sei, sei die im MRI vom 9. Juni 2021 zur Darstellung kommende Knorpelläsion mit begleitendem subchondralen Knochenödem weder auf das Ereignis am 5. Juni 2021 noch auf das Ereignis am 11. März 2014 zurückzuführen. Die geltend gemachten Beschwerden am linken Knie seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 noch auf dasjenige vom 11. März 2014 zurückzuführen.

5.2 In seiner Aktenbeurteilung vom 14. September 2022 setzte sich Dr. med. E.____ erneut mit der entsprechenden medizinischen Literatur auseinander und nahm ■ jeweils mit Darstellung der entsprechenden Regionen des linken Knies aus den MRI-Untersuchungen vom 14. März 2014, 9. Juni 2021 und 16. November 2021 ■ ausführlich Stellung zu den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. med. F.____.

5.2.1 Dr. med. E.____ verwies in Bezug auf die medizinische Literatur insbesondere auf die Bedeutung der Verlaufs-Bildgebung: «Traumatische Knochenödeme verschwinden, in Abhängigkeit von der Ausgangsgröße, dem Ausmaß des Traumas und der Konsequenz der Therapie in der Mehrzahl der Fälle nach 1 ■ 6 Monaten. [] Von einer Tendenz zur Verkleinerung kann bei posttraumatischen Ödemen in einem Zeitraum von 1 ■ 6 Monaten auf jeden Fall ausgegangen werden. Ausnahmen bilden vorbestehende arthrotische Knorpelschäden». Zur Plica mediopatellaris führte er aus, unter einer Plica im Kniegelenk verstehe man eine angeborene unvollständige Septierung, die von der Gelenkkapsel in den Gelenkbinnenraum hineinrage. Die Plicae seien entwicklungsgeschichtlich zu erklären, da das Kniegelenk in der Embryonalzeit in mehrere Kammern angelegt sei. Eine inkomplette Rückbildung dieser Septierungen könne Plicae an verschiedenen Stellen im Kniegelenk hinterlassen. Dabei werde zwischen einer Plica suprapatellaris, infrapatellaris, lateralis und mediopatellaris unterschieden. Die Plica mediopatellaris verlaufe von der oberen inneren Gelenkkapsel schräg über die Kondylenkante (des Femurs) zum medialen Rand des Hoffa-Fettkörpers und finde sich sehr häufig in der Bevölkerung mit einer Inzidenz zwischen 18.5 ■ 80 %.

5.2.2 Zu den Bildgebungen der Trochea femoris führte der Versicherungsmediziner aus, im Bereich des Knies werde zwischen der Artikulation von Ober- und Unterschenkelknochen (Articulation femorotibialis) und dem Gelenk zwischen dem Oberschenkelknochen und der Kniescheibe (Articulatio femoropatellaris) unterschieden. Letztes werde durch die knorpelbedeckte Rückfläche der Kniescheibe (Patella) und der knorpelbedeckten Trochlea femoris des Oberschenkelknochens (Femur) gebildet. Zwischen dem Ereignis am 11. März 2014 und dem MRI am 14. März 2014 seien lediglich drei Tage vergangen. Im radiologischen Bericht vom 17. März 2014 werde eine «höhergradige Partialruptur des VKB» beschrieben, wobei im weiteren Verlauf eine Kreuzband-Ersatzplastik erfolgt sei.

Weiter werde im Bericht vom 17. März 2014 über das MRI vom 14. März 2014 ein «diskretes subchondrales Knochenödem am lateralen Femurcondylus» (der Femurcondylus bilde einen Teil des femorotibialen Gelenkes) beschrieben (ein solches werde als pathognomonisches Zeichen einer vorderen Kreuzbandruptur angesehen). Ein subchondrales Knochenödem im Bereich der Trochlea werde hingegen im fachradiologischen Bericht vom 17. März 2014 nicht beschrieben. Im Gegensatz zum MRI vom 14. März 2014 komme im MRI vom 9. Juni 2021 ein Knochenmarködem im Bereich der Trochlea zur Darstellung. Wie unter allgemeine Fallbetrachtungen I festgehalten, könne von einer traumatischen Knorpelschädigung ausgegangen werden, wenn sich ein subchondrales Knochenmarködem in der Folgeuntersuchung (mit dem MRI vom 16. November 2021 liege eine solche vor) verkleinert oder verschwindet. Beim Versicherten sei das subchondrale Knochenmarködem am 16. November 2021 weder verschwunden noch verkleinert, im Gegenteil, es habe sich vergrössert. So werde im radiologischen Bericht vom 16. November 2021 «Trochlea mit deutlich zunehmenden angrenzenden ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks» festgehalten.

Herr Vonesch halte in der Einsprache vom 13. Juli 2022 fest, dass der Unfall vom 11. März 2014 keine Knorpelreaktion gezeigt habe. Somit könne die Knorpelreaktion im Jahre 2021 nicht auf einen Knorpelschaden aus dem Jahre 2014 zurückgeführt werden. Dies sei aber falsch. Im Jahre 2014 sei eben ein Knorpelschaden festgestellt worden. Anatomisch werde zwischen der Patella (Kniescheibe) mit der dazugehörenden Knorpelschicht (= retropatellärer Knorpel) und dem patellaren Gleitlager (Trochlea, als Teil des Oberschenkelknochens) mit dessen Knorpelschicht unterschieden. Die Rückseite der Kniescheibe bilde mit dem Oberschenkel-Knochen einen Teil des Kniegelenks. Dazu sei die Rückseite der Kniescheibe mit Gelenkknorpel überzogen. Dieser Knorpel heisse retropatellärer Gelenkknorpel. Im fachradiologischen Bericht vom 17. März 2014 über das MRI vom 14. März 2014 werde als Befund ein «diskrete Signalalteration des retropatellären Knorpels» beschrieben. Der Knorpel bzw. der darunterliegende Knochen der Trochlea werde im Bericht vom 17. März 2014 nicht erwähnt. Im fachradiologischen Bericht vom 17. März 2014 werde kein «Knorpelschaden» der Trochlea aufgeführt. Sollte sich der von Herrn Vonesch bezogene «Knorpelschaden» auf die am 17. März 2014 beschriebene «diskrete Signalalteration des retropatellären Knorpels» beziehen, so sei auf die Verlaufs-Bildgebung zu verweisen. Im fachradiologischen Bericht vom 9. Juni 2021 werde ein «Intakter Knorpel retropatellär» bzw. am 16. November 2021 «keine tiefen Knorpeldefekte retropatellär» dokumentiert. Fazit: Im fachradiologischen Bericht über das MRI vom 14. März 2014 werde weder der Knorpel noch der darunterliegende Knochen der Trochlea aufgeführt. Es sei lediglich die Rede von «diskreten Signalalteration des retropatellären Knorpels». Die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 13. Januar 2022 halte korrekt fest, dass im MRI vom 14. März 2014 der Knorpel und der subchondrale Knochen der Trochlea unauffällig zur Darstellung komme.

5.2.3 Dr. med. E.____ ging in seiner medizinischen Beurteilung weiter auf die Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers zu den Weichteilen ein und führte aus, Herr Vonesch halte in seiner Einsprache vom 13. Juli 2022 fest, dass «Entgegen den medizinischen Berichten behauptet der Kreisarzt, aus den bildgebenden Befunde gehe hervor, dass die umgebenden Weichteile keine Auffälligkeiten hätten. Dies widerspricht aber dem Verlauf der D.____ wie er ab SUVA-Dokument 2 ersichtlich ist. Am 9. Juni 2021 wurde die Diagnose der traumatisierten Plica mediopatellaris festgehalten. Dies nach Distorsion.

Weiter wird ein Bone Bruise festgestellt. Beides ist immer Trauma bedingt.». Zwischen dem Ereignis am 5. Juni 2021 und dem MRI vom 9. Juni 2021 seien lediglich vier Tage vergangen. Bereits am 13. Januar 2022 sei in der versicherungsmedizinischen Beurteilung aufgezeigt worden, dass kein Hämatom im Bereich der Patella zur Darstellung komme. Zudem biete sich der direkte Vergleich zum Jahr 2014 an, in Folge des Ereignisses vom 11. März 2014 eine VKB-Ersatzplastik durchgeführt worden sei. Eine massive Gewalteinwirkung komme am 9. Juni 2021 nicht zur Darstellung, insbesondere könne weder ein massiver Gelenkserguss noch ein signifikantes Weichteilödem nachgewiesen werden. Hinzu komme, dass im Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 festgehalten werde, dass dem Versicherten «Eine Schwellung [] nicht aufgefallen» sei. Fazit: Eine massive Weichteilverletzung könne im MRI vom 9. Juni 2021 nicht objektiviert werden. Ein Widerspruch zum «Verlauf der D. ___» vom 9. Juni 2021, so wie von Herrn Vonesch am 13. Juli 2022 postuliert worden sei, sei nicht ersichtlich. Im Gegenteil: Am 9. Juni 2021 werde klinisch ein «Unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung» dokumentiert. Herr Vonesch führe am 13. Juli 2022 weiter aus, dass ein «Bone Bruise» festgestellt worden sei und «Beides ist immer Trauma bedingt». Der Pschyrembel definiere «Bone Bruise» als «Trauma-bedingte Mikrofraktur des spongiösen Knochens mit Einblutung, Ödem und Reparaturprozessen». Im fachradiologischen Bericht vom 14. März 2014 sei jedoch die Rede von einem «subchondralen Ödem», im Bericht vom 9. Juni 2021 von «subchondralen Knochenreaktionen» und am 16. November 2021 seien «ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks» festgehalten worden. D.h., in keinem fachradiologischen Bericht werde «Bone Bruise» aufgeführt. Diese Zurückhaltung der radiologischen Fachärzte sei verständlich und nachvollziehbar, da eine Signalveränderung im Knochenmark (im Sinne eines Knochenmarködems) eben nicht immer traumatisch bedingt sein müsse. Die Ätiologie eines Knochenmarködems (bone marrow edema) sei mannigfaltig und solle im klinischen Kontext bzw. anhand von Verlaufsbildgebungen interpretiert werden. Die behandelnden Ärzte der Klinik D. ___ hätten die vom Fachradiologen am 9. Juni 2021 beschriebene subchondrale Knochenreaktion als Bone Bruise interpretiert und entsprechend als Diagnose am 9. Juni 2021 aufgeführt. Auch Dr. med. F. ___ führe in seinem Schreiben vom 22. Juni 2022 ein Bone Bruise auf. Unter Berücksichtigung der allgemeine Fallbetrachtungen I und dem Verlaufs-MRI vom 16. November 2021, welches eine klare Zunahme des Knochenmarködems zeige (auf diese Untersuchung vom 16. November 2021 gehe Dr. med. F. ___ in seinem Schreiben vom 22. Juni 2022 nicht ein) seien die Signalveränderungen des Knochenmarks jedoch nicht als Bone Bruise zu werten, sondern als Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens. Ein traumatisch bedingtes Knochenmarködem (im Sinne eines Bone Bruise) bilde sich in der Mehrzahl der Fälle nach einem bis sechs Monaten zurück oder verschwinde ganz. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Fazit: Der Begriff Bone Bruise sei eine mögliche Ätiologie für eine Signalveränderung im Knochenmark in einem MRI. In der Fachliteratur sei bekannt, dass sich ein posttraumatisches Knochenmarködem innerhalb von einem bis sechs Monaten zurückbilde. Beim Versicherten sei dies nachweislich nicht der Fall. Im MRI vom 16. November 2021 seien deutlich zunehmende angrenzende ödemäquivalente Signalveränderungen des Knochenmarks beschrieben worden. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens.

5.2.4 Zur Plica mediopatellaris führte Dr. med. E.____ aus, wie unter allgemeine Fallbetrachtungen II festgehalten, sei eine Plica mediopatellaris angeboren. Die Plica mediopatellaris werde im radiologischen Bericht vom 17. März 2014 und 9. Juni 2021 nicht und am 16. November 2021 als «Signalalterierter Plica mediopatellaris, die sich in den medialen patellofemorale Gelenkspalt vorwölbt» beschrieben. Würden die MRI vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 verglichen, so komme die Plica mediopatellaris nahezu unverändert zur Darstellung. Eine signifikante Verdickung der Plica mediopatellaris innerhalb von fünf Monaten sei nicht erkennbar. Im KG-Eintrag vom 9. Juni 2021 werde «Plica-Provokationsschmerz positiv» festgehalten, am 16. November 2021 werde der Test noch als «angedeutet positiv» beschrieben. Im KG-Eintrag vom 10. Januar 2022 werde die Plica als klinischer Befund nicht aufgeführt, sowie in der Beurteilung nicht erwähnt. Fazit: eine vorübergehende Traumatisierung der angeborenen Plica mediopatellaris sei möglich. Im Verlaufs-MRI vom 16. November 2021 komme die Plica mediopatellaris ohne signifikante Veränderung zur Darstellung. Gemäss klinischem Befund vom 16. November 2021 sei der Plica-Provokationsschmerz nur noch angedeutet positiv.

5.2.5 Zusammenfassend hielt Dr. med. E.____ fest, an der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 13. Januar 2022 könne festgehalten werden. Eine vorübergehende Verschlimmerung der Plica mediopatellaris sei möglich.

5.3 Die Beschwerdegegnerin geht demnach gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. E.____ vom 13. Januar 2022 und vom 14. September 2022 davon aus, dass zwischen den geklagten Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 5. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang besteht. Wie dargelegt, können Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage bilden. Ergänzende Abklärungen sind aber bereits dann notwendig, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

5.3.1 Dr. med. E.____ ist fachlich kompetent, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Unfallkausalität zu beurteilen. Er hatte Kenntnis von den medizinischen Vorakten, namentlich auch von den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen. Der Umstand, wonach Dr. med. E.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation des linken Knies sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die vom Beschwerdeführer als fehlend gerügte persönliche Untersuchung nicht notwendig.

5.3.2 Wie oben bereits erwähnt, hat sich Dr. med. E.____ bei seiner Beurteilung auf die medizinische Fachliteratur abgestützt und seine Schlussfolgerungen unter Berücksichtigung der bildgebenden Untersuchungen sowie der Untersuchungen bei den behandelnden Ärzten gezogen. Dr. med. E.____ ging in seinen Beurteilungen ausserdem ausführlich auf die Rügen des Vertreters des Beschwerdeführers ein.

Dr. med. E. ___ zeigte in seiner Beurteilung vom 14. September 2022 ausführlich und nachvollziehbar auf, dass in der MRI-Untersuchung vom 14. März 2014 eine diskrete Signalalteration des retropatellären Knorpels aufgeführt wurde, dieser aber in den MRI-Untersuchungen vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 unauffällig zur Darstellung gekommen ist. Weder der Knorpel noch der darunterliegende Knochen der Trochlea seien im fachradiologischen Bericht über das MRI vom 14. März 2014 aufgeführt worden. Im Gegensatz zum MRI vom 14. März 2014 sei aber im MRI vom 9. Juni 2021 ein Knochenmarködem im Bereich der Trochlea zur Darstellung gekommen. Mit Verweis auf die Fachliteratur hielt Dr. med. E. ___ fest, von einer traumatischen Knorpelschädigung könne ausgegangen werden, wenn sich ein subchondrales Knochenmarködem in der Folgeuntersuchung verkleinere oder verschwinde. Beim Versicherten sei das subchondrale Knochenmarködem am 16. November 2021 weder verschwunden noch habe es sich verkleinert, im Gegenteil, es habe sich vergrössert. So werde im radiologischen Bericht vom 16. November 2021 «Trochlea mit deutlich zunehmenden angrenzenden ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks» festgehalten, was Dr. med. E. ___ auch anhand von Abbildungen der MRI-Untersuchungen veranschaulicht. Dr. med. E. ___ konnte zudem eine massive Gewalteinwirkung nicht feststellen: So könne insbesondere weder ein massiver Gelenkserguss noch ein signifikantes Weichteilödem nachgewiesen werden. Hinzu komme, so der Orthopäde, dass im Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 festgehalten werde, dass dem Versicherten eine Schwellung nicht aufgefallen sei. Eine massive Weichteilverletzung könne auch im MRI vom 9. Juni 2021 nicht objektiviert werden. Ein Widerspruch zum Verlaufseintrag der Klinik D. ___ vom 9. Juni 2021 sei nicht ersichtlich. Im Gegenteil werde am 9. Juni 2021 klinisch ein unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung dokumentiert. Ein zentrales Argument von Dr. med. E. ___ besteht darin, dass im Falle des Beschwerdeführers die Signalveränderungen des Knochenmarks nicht als Bone Bruise zu werten seien, sondern als Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens. Seine Auffassung untermauerte er mit Verweis auf die medizinische Fachliteratur sowie den Verlaufs-MRI vom 16. November 2021. So bilde sich ein traumatisch bedingtes Knochenmarködem (im Sinne eines Bone Bruise) in der Mehrzahl der Fälle nach einem bis sechs Monaten oder verschwinde ganz. Von einer Tendenz zur Verkleinerung könne gemäss der Fachliteratur bei posttraumatischen Ödemen in einem Zeitraum von einem bis sechs Monaten auf jeden Fall ausgegangen werden. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Dies sei laut Dr. med. E. ___ beim Versicherten nachweislich nicht der Fall. Im MRI vom 16. November 2021 seien deutlich zunehmende angrenzende ödemäquivalente Signalveränderungen des Knochenmarks beschrieben worden. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens.

5.4 Nach dem Gesagten sind die Schlussfolgerungen von Dr. med. E. ___ grundsätzlich beweiswertig. Da es sich bei seinen Beurteilungen um versicherungsinterne Stellungnahmen handelt, sind ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an den Einschätzungen von Dr. med. E. ___ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen. Dabei ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. F. ___ vom 22. Juni 2022 (Suva-Nr. 50) und vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr.

57) sowie auf die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte radiologische Stellungnahme von PD Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Radiologie, vom 6. Juni 2023 (Urkunde des Beschwerdeführers Nr. 3) einzugehen.

5.4.1 Zu den beiden Stellungnahmen von Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2022 und 31. Oktober 2022 ist festzuhalten, dass diese keinen auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. E.____ hervorzurufen vermögen. So findet in der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2022 keine differenzierte Auseinandersetzung mit den Ausführungen von Dr. med. E.____ vom 13. Januar 2022 statt. Es wurden einzig die in den vorangegangenen Verlaufsberichten der Klinik D.____ bereits getätigten Ausführungen bestätigt, ohne diese näher zu begründen. In seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2022 nimmt der behandelnde Orthopäde zwar Bezug auf die Ausführungen von Dr. med. E.____, diese vermögen aber inhaltlich nicht zu überzeugen. So führte er in seiner Stellungnahme mehrfach aus, es könne nicht auf die aus der Fachliteratur zitierten Zeitspanne abgestellt werden, wonach innert einem bis sechs Monaten eine Verkleinerung von posttraumatischen Ödemen in jedem Fall sichtbar sein solle, da zwischen dem letzten und vorletzten MRI lediglich fünf Monate vergangen seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. E.____ in seinen beiden Beurteilungen vom 13. Januar 2022 und 14. September 2022 nachvollziehbar darlegte, dass sich das subchondrale Knochenmarködem, welches erstmals im MRI vom 9. Juni 2021 zur Darstellung gekommen ist, im MRI vom 16. November 2021 vergrössert gezeigt hatte. Es ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wonach es aufgrund des Verlaufs mit Vergrösserung unwahrscheinlich erscheine, dass sich das subchondrale Knochenmarködem im verbliebenen Beurteilungszeitraum von einem Monat noch verkleinern würde, zumal die Vergrösserungstendenz für sich spreche. Ausserdem ging Dr. med. F.____ auf den Umstand, dass sich das Knochenmarködem nicht verkleinerte, sondern vergrösserte, überhaupt nicht ein. Eine eingehende und differenzierte Auseinandersetzung mit der ausführlich begründeten Auffassung von Dr. med. E.____ nimmt Dr. med. F.____ nicht vor.

5.4.2 Dr. med. G.____ hat sich in seiner radiologischen Stellungnahme vom 6. Juni 2023 eingehend mit den MRI-Berichten vom 14. März 2014, 9. Juni 2021 und 16. November 2021 auseinandergesetzt und seine gestellten Diagnosen ausführlich begründet. Er hatte sich ausserdem zur Frage zu äussern, ob sich aus der Bildgebung von radiologischer Seite eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Ursache der voranschreitenden Chondropathie im Bereich der Trochlea und des Knorpelschadens im Bereich der medialen Femurkondyle posterior ergebe. Die Ausführungen von Dr. med. G.____ sind schlüssig und nachvollziehbar. Sie vermögen jedoch keine klare und überzeugende Antwort auf die Frage zu liefern, ob die geltend gemachten Beschwerden am linken Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 zurückzuführen sind. So führte der Radiologe aus, die Knorpelläsion im Übergang mittleres zu posterioren Drittel des medialen Femurkondylus sei nur am 16. November 2021 eindeutig dargestellt. Unglücklicherweise liege ein technisches Artefakt über dem zu interessierenden Areal in der Untersuchung vom 9. Juni 2021, so dass maskiert bleibe, inwiefern eine kontusionelle Schädigung des Knorpels durch das Trauma vom 5. Juni 2021 erfolgt sei. Das Ausmass der Schädigung am 16. November 2021 sei sicher markant progredient bzw. neu im Vergleich zur Voruntersuchung (dies könne trotz Artefakt festgestellt werden). Die Knorpelschädigung zentral in der Trochlea, die eine markante Progredienz zwischen dem 9. Juni 2021 und dem 16. November 2021 erfahren habe, sei aufgrund der Bildkriterien posttraumatisch (vertikale

Knorpelfissuren, Unterminierung des Knorpels bei erhaltener Knorpeldicke, subchondrales flaves Knochenmarksödem) einzustufen. Inwieweit das Trauma vom 5. Juni 2021 Auslöser sei, bleibe unklar, da schon eine reaktive Veränderung der subchondralen Grenzlamelle vorliege, die sich in dieser Form nicht innerhalb von vier Tagen ausbilden könne. Somit lägen an dieser Stelle etwas widersprüchliche Befunde vor: zum einen eine vom Charakter traumatisch ausgelöste Knorpelläsion mit vertikalen Knorpelfissuren und Unterminierung des in der Dicke vollständig erhaltenen Knorpels, zum andern eine knöcherne Reaktion der subchondralen Grenzlamelle, die als vorbestehend eingestuft werde. Die markante Progredienz des Knorpelulkus mit Herauslösung von freien Gelenkkörpern, die am 16. November 2021 festgestellt worden sei, sei als sichere Konsequenz des Knorpelschadens vom 9. Juni 2021 zu verstehen und in diesen Kontext einzuordnen. Die Läsion am lateralen Trochlearand imponiere älter, insbesondere der Charakter der Knochenmarksreaktion am lateralen Rand der Trochlea. Die Knochenmarksreaktion erfahre jedoch eine erstaunliche Regredienz in der Folgeuntersuchung vom 16. November 2021. Insofern bleibe unklar, ob und wann eine (subakute) laterale Patellaluxation bei chronischen Vorschädigungen im Rahmen einer femoropatellaren Instabilität stattgefunden habe. Die Zuordnung zu dem Ereignis vom 5. Juni 2021 erscheine unwahrscheinlich. Aus dem Gesagten geht somit hervor, dass auch Dr. med. G. ___ eine Knorpelschädigung zentral in der Trochlea bestätigt, die ■ wie Dr. med. E. ___ bereits feststellte ■ eine markante Progredienz zwischen dem 9. Juni 2021 und dem 16. November 2021 erfahren hatte. Er stuft diese aufgrund der Bildkriterien als posttraumatisch ein. Hingegen konnte er nicht bestätigen, ob das Trauma vom 5. Juni 2021 Auslöser dafür ist. Auch seine Einschätzung, wonach die markante Progredienz des Knorpelulkus mit Herauslösung von freien Gelenkkörpern, die am 16. November 2021 festgestellt worden sei, als sichere Konsequenz des Knorpelschadens vom 9. Juni 2021 zu verstehen und in diesen Kontext einzuordnen sei, kann ebenfalls nicht zur Annahme führen, dass der Knorpelschaden bzw. die Beschwerden am Knie auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 zurückzuführen sind. Dr. med. G. ___ nahm in seinem Bericht zudem weder Stellung zu der anders lautenden Auffassung von Dr. med. E. ___ noch zum Umstand, dass sich das Knochenmarködem nicht verkleinerte, sondern im Verlauf vergrösserte, wofür Dr. med. E. ___ hingegen unter Beizug der Fachliteratur eine nachvollziehbare Erklärung vorgebracht hatte. Somit kann festgehalten werden, dass die Ausführungen von Dr. med. G. ___ ebenfalls keine auch nur geringen Zweifel an den Einschätzungen von Dr. med. E. ___ zu erwecken vermögen.

6. Zusammenfassend besteht kein Anlass, auch nur geringfügige Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. E. ___ zu hegen. Gestützt darauf und aufgrund der Aktenlage zu den bildgebenden Untersuchungen ist davon auszugehen, dass zwischen den geklagten Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 5. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang besteht. Von weiteren Sachverhaltsabklärungen, namentlich einem medizinischen Gutachten durch einen Kniespezialisten, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung verzichtet wird (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Fehlt es aber nunmehr am Kausalzusammenhang, so entfällt auch ein Leistungsanspruch aus dem besagten Unfall. Die Beschwerdegegnerin hat daher den Fall zu Recht per 8. Dezember 2021 abgeschlossen und weitere Leistungen betreffend das linke Knie abgelehnt, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist.

E. 4

Inbesondere sei ein möglichst hohes Taggeld zu leisten.

E. 5

Inbesondere sei eine möglichst hohe Invalidenrente zu leisten.

E. 6

Inbesondere sei eine möglichst hohe Integritätsentschädigung zu leisten.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Lazar

E. 8

Vor Festlegung der Höhe der Taggelder, der Invalidenrente und der Integritätsentschädigung etc. sei das Abklärungsergebnis dem Beschwerdeführer zu unterbreiten, damit er die Höhe der Taggelder, der Invalidenrente und der Integritätsentschädigung spezifizieren kann.

E. 9

Es sei keine Leistungseinstellung vorzunehmen.

E. 10

Es sei ein doppelter Rechtsschriftenwechsel durchzuführen.

E. 11

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2023 (A.S. 21 ff.) auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Schreiben vom 7. August 2023 (A.S. 29) überweist das Kantonsgericht Luzern die Akten im Verfahren des Beschwerdeführers zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht). 5. Mit Replik vom 4. Oktober 2023 (A.S. 37 ff.) hält der

Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. 6. In ihrer Duplik vom 26. Oktober 2023 (A.S. 46) schliesst die Beschwerdegegnerin weiterhin auf Abweisung der Beschwerde.

7. Die am 20. November 2023 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Berichte (Radiologische Stellungnahme von PD Dr. med. G. ___ vom 6. Juni 2023 und E-Mail der Klinik D. ___ vom 13. November 2023; Urkunden Nrn. 3 und 4) sowie die Kostennote (A.S. 50 ff.) gehen mit Verfügung vom 21. November 2023 (A.S. 53) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die

Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2.

2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) 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 entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 10. Oktober 2017 E. 3). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E.1, 118 V 289 E.1b, je mit Hinweisen).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis;

BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f., 134 V 109 E. 6.1 S. 116, 115 V 133; Urteil des Bundesgerichts 8C_326/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 4.5.1). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis). 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 19. Mai 2023 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen). 3.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 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).

4. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 5. Juni 2021 einen Unfall erlitten hat und in der Folge am linken Knie Beschwerden aufgetreten sind. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch nach dem 8. Dezember 2021 Anspruch auf Leistungen für das Unfallereignis vom 5. Juni 2021 hat. 5. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 19. Mai 2023 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, vom 13. Januar 2022 (Suva-Nr. 18) und vom 14. September 2022 (Suva-Nr. 52). Es ist daher nachfolgend auf diese Aktenbeurteilungen einzugehen: 5.1 Dr. med. E.____ setzte sich in seiner Beurteilung vom 13. Januar 2022 zunächst eingehend mit der medizinischen Literatur auseinander. Konkret auf das Unfallereignis vom 5. Juni 2021 bezogen führte er aus, gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 9. Juni 2021 habe sich der Versicherte beim Zweikampf im Fussballspiel das linke Knie verdreht. Im Rahmen der Konsultation vom 9. Juni 2021 werde zudem dokumentiert, dass «gegen das linke Bein getreten worden» sei. Dies werde ebenfalls im Fragebogen vom 28. November 2021 (Suva-Nr. 10) vom Versicherten bestätigt, «der Gegenspieler tritt mit seinem Fuss auf mein Knie». Sowohl aus dem Sprechstundenbericht vom 9. Juni 2021, als auch aus dem Fragebogen vom 28. November 2021 gehe nicht hervor, wo genau der Versicherte den Fusstritt des Gegenspielers im Bereich des Knies erhalten habe (beispielsweise seitlich oder über der Kniescheibe?). Aus dem Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 gehe hervor, dass «eine Schwellung» dem Versicherten nicht aufgefallen sei. Als Befund werde am 9. Juni 2021, also 4 Tage nach dem Ereignis, ein «unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung» dokumentiert. Nach eigener Einsicht in das MRI vom 9. Juni 2021, ebenfalls 4 Tage nach dem Ereignis angefertigt, kämen, soweit abgebildet, die Weichteile unauffällig zur Darstellung, ein (sub)cutanes oder intramuskuläres Hämatom, was als Ausdruck einer massiven externen Gewalteinwirkung zu werten wäre, finde sich nicht. Die Kniescheibe zeige postoperative Veränderungen, jedoch keine frische Läsion, insbesondere kein Bone Bruise. Speziell weise die befundende Radiologin darauf hin, dass ein «Intakter Knorpel retropatellär, insbesondere an der medialen Patellafacet» bestehe. Bei einer massiven direkten Gewalteinwirkung auf die Kniescheibe würde in aller Regel im MRI ein Bone Bruise zur Darstellung kommen. Die fachradiologische Beurteilung, dass eine «intakte MPFL-Rekonstruktion» vorliege, könne ebenfalls bestätigt werden. Somit könne auch eine mögliche Patella(sub)luxation am 5. Juni 2021 ausgeschlossen werden. Die Seitenbänder und die VKB-Rekonstruktion seien intakt, ebenfalls komme der periphere Knochen des Unter- und Oberschenkels unauffällig zur Darstellung. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich im unmittelbar angefertigten MRI des linken Kniegelenkes keine Zeichen einer massiven Gewalteinwirkung fänden. Die Kniescheibe inkl. der retropatellare Knorpel sowie sämtliche Bänder inkl. MPFL-Rekonstruktion und VKB-Rekonstruktion kämen unauffällig zur Darstellung. Gemäss den allgemeinen Fallbetrachtungen würden bei Knorpelläsionen traumatischer Genese Begleitverletzungen (beispielsweise Bandläsionen oder eine Patellaluxation) erwartet, solche fehlten aber gänzlich im MRI vom 9. Juni 2021. Zu der am 16. November 2021 durchgeführten MRI hielt der Kreisarzt fest, nach eigener Einsicht in die Bildgebung könne die fachradiologische Beurteilung von Dr. med. H.____ einer zunehmenden «Chondropathie zentral an der Trochlea» mit zunehmender angrenzender

subchondraler Knochenreaktionen geteilt werden. Wie unter «allgemeine Fallbetrachtungen» festgehalten, verschwänden traumatisch bedingte Knochenödeme in Abhängigkeit von der Ausgangsgrösse in der Mehrzahl der Fälle nach 1 – 6 Monaten. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Zwischen den MRI vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 seien rund fünf Monate vergangen. Die Knochenreaktion habe während dieser Zeit nicht abgenommen, sondern sogar zugenommen. Dies spreche gegen ein traumatisch bedingtes Knochenödem am 9. Juni 2021. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens. In Bezug auf ein Unfallereignis vom 11. März 2014 und der am 14. März 2014 durchgeführten MRI-Untersuchung führte Dr. med. E.____ aus, nach eigener Einsicht in die Bildgebung komme die Trochlea (der anatomische Ort, welcher im MRI vom 6. September 2021 [recte: 9. Juni 2021] eine Signaländerung aufweise) unauffällig zur Darstellung – es finde sich weder eine Knorpelläsion noch eine subchondrale Knochenreaktion. Zusammenfassend kommt Dr. med. E.____ zum Ergebnis, aufgrund des MRIs vom 14. März 2014, in welchem der Knorpel und der subchondrale Knochen der Trochlea unauffällig zur Darstellung komme, des klinischen Befundes am 9. Juni 2021 ohne äussere Verletzungszeichen bzw. eines «Unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung», des MRIs vom 9. Juni 2021 ohne Hinweise für eine stattgehabte massive Gewalteinwirkung am 5. Juni 2021 bzw. fehlenden Begleitverletzungen und der Verlaufs-Bildgebung vom 16. November 2021 mit einer Zunahme des subchondralen Knochenödems, was als Ausdruck einer vorbestehenden arthrotischen Knorpelläsion zu werten sei, sei die im MRI vom 9. Juni 2021 zur Darstellung kommende Knorpelläsion mit begleitendem subchondralen Knochenödem weder auf das Ereignis am 5. Juni 2021 noch auf das Ereignis am 11. März 2014 zurückzuführen. Die geltend gemachten Beschwerden am linken Knie seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 noch auf dasjenige vom 11. März 2014 zurückzuführen. 5.2 In seiner Aktenbeurteilung vom

E. 14

September 2022 setzte sich Dr. med. E.____ erneut mit der entsprechenden medizinischen Literatur auseinander und nahm – jeweils mit Darstellung der entsprechenden Regionen des linken Knies aus den MRI-Untersuchungen vom 14. März 2014, 9. Juni 2021 und 16. November 2021 – ausführlich Stellung zu den Vorbringen des Beschwerdeführers sowie den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. med. F.____. 5.2.1 Dr. med. E.____ verwies in Bezug auf die medizinische Literatur insbesondere auf die Bedeutung der Verlaufs-Bildgebung: «Traumatische Knochenödeme verschwinden, in Abhängigkeit von der Ausgangsgrösse, dem Ausmass des Traumas und der Konsequenz der Therapie in der Mehrzahl der Fälle nach 1 – 6 Monaten. [...] Von einer Tendenz zur Verkleinerung kann bei posttraumatischen Ödemen in einem Zeitraum von 1 – 6 Monaten auf jeden Fall ausgegangen werden. Ausnahmen bilden vorbestehende arthrotische Knorpelschäden». Zur Plica mediopatellaris führte er aus, unter einer Plica im Kniegelenk verstehe man eine angeborene unvollständige Septierung, die von der Gelenkkapsel in den Gelenkbinnenraum hineinrage. Die Plicae seien entwicklungsgeschichtlich zu erklären, da das Kniegelenk in der Embryonalzeit in mehrere Kammern angelegt sei. Eine inkomplette Rückbildung dieser Septierungen könne Plicae an verschiedenen Stellen im Kniegelenk hinterlassen. Dabei werde zwischen einer Plica suprapatellaris, infrapatellaris, lateralis und mediopatellaris unterschieden. Die Plica mediopatellaris verlaufe von der oberen inneren Gelenkkapsel schräg über die Kondylenkante (des Femurs) zum medialen Rand des Hoffa-Fettkörpers

und finde sich sehr häufig in der Bevölkerung mit einer Inzidenz zwischen 18.5 – 80 %.

5.2.2 Zu den Bildgebungen der Trochea femoris führte der Versicherungsmediziner aus, im Bereich des Knies werde zwischen der Artikulation von Ober- und Unterschenkelknochen (Articulation femorotibialis) und dem Gelenk zwischen dem Oberschenkelknochen und der Kniescheibe (Articulatio femoropatellaris) unterschieden. Letztes werde durch die knorpelbedeckte Rückfläche der Kniescheibe (Patella) und der knorpelbedeckten Trochlea femoris des Oberschenkelknochens (Femur) gebildet. Zwischen dem Ereignis am 11. März 2014 und dem MRI am 14. März 2014 seien lediglich drei Tage vergangen. Im radiologischen Bericht vom 17. März 2014 werde eine «höhergradige Partialruptur des VKB» beschrieben, wobei im weiteren Verlauf eine Kreuzband-Ersatzplastik erfolgt sei. Weiter werde im Bericht vom

E. 17

März 2014 werde kein «Knorpelschaden» der Trochlea aufgeführt. Sollte sich der von Herrn Vonesch bezogene «Knorpelschaden» auf die am 17. März 2014 beschriebene «diskrete Signalalteration des retropatellären Knorpels» beziehen, so sei auf die Verlaufs-Bildgebung zu verweisen. Im fachradiologischen Bericht vom 9. Juni 2021 werde ein «Intakter Knorpel retropatellär» bzw. am 16. November 2021 «keine tiefen Knorpeldefekte retropatellär» dokumentiert. Fazit: Im fachradiologischen Bericht über das MRI vom 14. März 2014 werde weder der Knorpel noch der darunterliegende Knochen der Trochlea aufgeführt. Es sei lediglich die Rede von «diskreten Signalalteration des retropatellären Knorpels». Die versicherungsmedizinische Beurteilung vom 13. Januar 2022 halte korrekt fest, dass im MRI vom 14. März 2014 der Knorpel und der subchondrale Knochen der Trochlea unauffällig zur Darstellung komme. 5.2.3 Dr. med. E. ___ ging in seiner medizinischen Beurteilung weiter auf die Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers zu den Weichteilen ein und führte aus, Herr Vonesch halte in seiner Einsprache vom 13. Juli 2022 fest, dass «Entgegen den medizinischen Berichten behauptet der Kreisarzt, aus den bildgebenden Befunde gehe hervor, dass die umgebenden Weichteile keine Auffälligkeiten hätten. Dies widerspricht aber dem Verlauf der D. ___ wie er ab SUVA-Dokument 2 ersichtlich ist. Am 9. Juni 2021 wurde die Diagnose der traumatisierten Plica mediopatellaris festgehalten. Dies nach Distorsion. Weiter wird ein Bone Bruise festgestellt. Beides ist immer Trauma bedingt.». Zwischen dem Ereignis am 5. Juni 2021 und dem MRI vom 9. Juni 2021 seien lediglich vier Tage vergangen. Bereits am 13. Januar 2022 sei in der versicherungsmedizinischen Beurteilung aufgezeigt worden, dass kein Hämatom im Bereich der Patella zur Darstellung komme. Zudem biete sich der direkte Vergleich zum Jahr 2014 an, in Folge des Ereignisses vom 11. März 2014 eine VKB-Ersatzplastik durchgeführt worden sei. Eine massive Gewalteinwirkung komme am 9. Juni 2021 nicht zur Darstellung, insbesondere könne weder ein massiver Gelenkserguss noch ein signifikantes Weichteilödem nachgewiesen werden. Hinzu komme, dass im Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 festgehalten werde, dass dem Versicherten «Eine Schwellung [...] nicht aufgefallen» sei. Fazit: Eine massive Weichteilverletzung könne im MRI vom 9. Juni 2021 nicht objektiviert werden. Ein Widerspruch zum «Verlauf der D. ___» vom 9. Juni 2021, so wie von Herrn Vonesch am 13. Juli 2022 postuliert worden sei, sei nicht ersichtlich. Im Gegenteil: Am 9. Juni 2021 werde klinisch ein «Unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung» dokumentiert. Herr Vonesch führe am 13. Juli 2022 weiter aus, dass ein «Bone Bruise» festgestellt worden sei und «Beides ist immer Trauma bedingt». Der Pschyrembel definiere «Bone Bruise» als «Trauma-bedingte Mikrofraktur des spongiosen Knochens mit Einblutung, Ödem und

Reparaturprozessen». Im fachradiologischen Bericht vom 14. März 2014 sei jedoch die Rede von einem «subchondralen Ödem», im Bericht vom 9. Juni 2021 von «subchondralen Knochenreaktionen» und am 16. November 2021 seien «ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks» festgehalten worden. D.h., in keinem fachradiologischen Bericht werde «Bone Bruise» aufgeführt. Diese Zurückhaltung der radiologischen Fachärzte sei verständlich und nachvollziehbar, da eine Signalveränderung im Knochenmark (im Sinne eines Knochenmarködems) eben nicht immer traumatisch bedingt sein müsse. Die Ätiologie eines Knochenmarködems (bone marrow edema) sei mannigfaltig und solle im klinischen Kontext bzw. anhand von Verlaufsbildgebungen interpretiert werden. Die behandelnden Ärzte der Klinik D.____ hätten die vom Fachradiologen am 9. Juni 2021 beschriebene subchondrale Knochenreaktion als Bone Bruise interpretiert und entsprechend als Diagnose am 9. Juni 2021 aufgeführt. Auch Dr. med. F.____ führe in seinem Schreiben vom 22. Juni 2022 ein Bone Bruise auf. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Fallbetrachtungen I und dem Verlaufs-MRI vom 16. November 2021, welches eine klare Zunahme des Knochenmarködems zeige (auf diese Untersuchung vom 16. November 2021 gehe Dr. med. F.____ in seinem Schreiben vom 22. Juni 2022 nicht ein) seien die Signalveränderungen des Knochenmarks jedoch nicht als Bone Bruise zu werten, sondern als Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens. Ein traumatisch bedingtes Knochenmarködem (im Sinne eines Bone Bruise) bilde sich in der Mehrzahl der Fälle nach einem bis sechs Monaten zurück oder verschwinde ganz. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Fazit: Der Begriff Bone Bruise sei eine mögliche Ätiologie für eine Signalveränderung im Knochenmark in einem MRI. In der Fachliteratur sei bekannt, dass sich ein posttraumatisches Knochenmarködem innerhalb von einem bis sechs Monaten zurückbilde. Beim Versicherten sei dies nachweislich nicht der Fall. Im MRI vom 16. November 2021 seien deutlich zunehmende angrenzende ödemäquivalente Signalveränderungen des Knochenmarks beschrieben worden. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens.

5.2.4 Zur Plica mediopatellaris führte Dr. med. E.____ aus, wie unter allgemeine Fallbetrachtungen II festgehalten, sei eine Plica mediopatellaris angeboren. Die Plica mediopatellaris werde im radiologischen Bericht vom 17. März 2014 und 9. Juni 2021 nicht und am 16. November 2021 als «Signalalterierter Plica mediopatellaris, die sich in den medialen patellofemorale Gelenkspalt vorwölbt» beschrieben. Würden die MRI vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 verglichen, so komme die Plica mediopatellaris nahezu unverändert zur Darstellung. Eine signifikante Verdickung der Plica mediopatellaris innerhalb von fünf Monaten sei nicht erkennbar. Im KG-Eintrag vom 9. Juni 2021 werde «Plica-Provokationsschmerz positiv» festgehalten, am 16. November 2021 werde der Test noch als «angedeutet positiv» beschrieben. Im KG-Eintrag vom 10. Januar 2022 werde die Plica als klinischer Befund nicht aufgeführt, sowie in der Beurteilung nicht erwähnt. Fazit: eine vorübergehende Traumatisierung der angeborenen Plica mediopatellaris sei möglich. Im Verlaufs-MRI vom 16. November 2021 komme die Plica mediopatellaris ohne signifikante Veränderung zur Darstellung. Gemäss klinischem Befund vom 16. November 2021 sei der Plica-Provokationsschmerz nur noch angedeutet positiv.

5.2.5 Zusammenfassend hielt Dr. med. E.____ fest, an der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 13. Januar 2022 könne festgehalten werden. Eine vorübergehende Verschlimmerung der Plica mediopatellaris sei möglich.

5.3 Die Beschwerdegegnerin geht demnach gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. E.____ vom 13. Januar 2022 und

vom 14. September 2022 davon aus, dass zwischen den geklagten Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 5. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang besteht. Wie dargelegt, können Stellungnahmen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage bilden. Ergänzende Abklärungen sind aber bereits dann notwendig, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

5.3.1 Dr. med. E. ___ ist fachlich kompetent, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Unfallkausalität zu beurteilen. Er hatte Kenntnis von den medizinischen Vorakten, namentlich auch von den Ergebnissen der bildgebenden Untersuchungen. Der Umstand, wonach Dr. med. E. ___ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation des linken Knies sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Somit war die vom Beschwerdeführer als fehlend gerügte persönliche Untersuchung nicht notwendig.

5.3.2 Wie oben bereits erwähnt, hat sich Dr. med. E. ___ bei seiner Beurteilung auf die medizinische Fachliteratur abgestützt und seine Schlussfolgerungen unter Berücksichtigung der bildgebenden Untersuchungen sowie der Untersuchungen bei den behandelnden Ärzten gezogen. Dr. med. E. ___ ging in seinen Beurteilungen ausserdem ausführlich auf die Rügen des Vertreters des Beschwerdeführers ein. Dr. med. E. ___ zeigte in seiner Beurteilung vom 14. September 2022 ausführlich und nachvollziehbar auf, dass in der MRI-Untersuchung vom 14. März 2014 eine diskrete Signalalteration des retropatellären Knorpels aufgeführt wurde, dieser aber in den MRI-Untersuchungen vom 9. Juni 2021 und 16. November 2021 unauffällig zur Darstellung gekommen ist. Weder der Knorpel noch der darunterliegende Knochen der Trochlea seien im fachradiologischen Bericht über das MRI vom 14. März 2014 aufgeführt worden. Im Gegensatz zum MRI vom 14. März 2014 sei aber im MRI vom 9. Juni 2021 ein Knochenmarködem im Bereich der Trochlea zur Darstellung gekommen. Mit Verweis auf die Fachliteratur hielt Dr. med. E. ___ fest, von einer traumatischen Knorpelschädigung könne ausgegangen werden, wenn sich ein subchondrales Knochenmarködem in der Folgeuntersuchung verkleinere oder verschwinde. Beim Versicherten sei das subchondrale Knochenmarködem am 16. November 2021 weder verschwunden noch habe es sich verkleinert, im Gegenteil, es habe sich vergrössert. So werde im radiologischen Bericht vom 16. November 2021 «Trochlea mit deutlich zunehmenden angrenzenden ödemäquivalenten Signalveränderungen des Knochenmarks» festgehalten, was Dr. med. E. ___ auch anhand von Abbildungen der MRI-Untersuchungen veranschaulicht. Dr. med. E. ___ konnte zudem eine massive Gewalteinwirkung nicht feststellen: So könne insbesondere weder ein massiver Gelenkserguss noch ein signifikantes Weichteilödem nachgewiesen werden. Hinzu komme, so der Orthopäde, dass im Verlaufseintrag vom 9. Juni 2021 festgehalten werde, dass dem Versicherten eine Schwellung nicht aufgefallen sei. Eine massive Weichteilverletzung könne auch im MRI vom 9. Juni 2021 nicht objektiviert werden. Ein Widerspruch zum Verlaufseintrag der Klinik D. ___ vom 9. Juni 2021 sei nicht ersichtlich. Im Gegenteil werde am 9. Juni 2021

klinisch ein unauffälliges Integument ohne Schwellung, Rötung oder Überwärmung dokumentiert. Ein zentrales Argument von Dr. med. E.____ besteht darin, dass im Falle des Beschwerdeführers die Signalveränderungen des Knochenmarks nicht als Bone Bruise zu werten seien, sondern als Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens. Seine Auffassung untermauerte er mit Verweis auf die medizinische Fachliteratur sowie den Verlaufs-MRI vom 16. November 2021. So bilde sich ein traumatisch bedingtes Knochenmarködem (im Sinne eines Bone Bruise) in der Mehrzahl der Fälle nach einem bis sechs Monaten oder verschwinde ganz. Von einer Tendenz zur Verkleinerung könne gemäss der Fachliteratur bei posttraumatischen Ödemen in einem Zeitraum von einem bis sechs Monaten auf jeden Fall ausgegangen werden. Ausnahmen bildeten vorbestehende arthrotische Knorpelschäden. Dies sei laut Dr. med. E.____ beim Versicherten nachweislich nicht der Fall. Im MRI vom 16. November 2021 seien deutlich zunehmende angrenzende ödemäquivalente Signalveränderungen des Knochenmarks beschrieben worden. Gemäss Fachliteratur sei die Zunahme des Knochenödems in einem solchen Fall Ausdruck eines vorbestehenden arthrotischen Knorpelschadens.

5.4 Nach dem Gesagten sind die Schlussfolgerungen von Dr. med. E.____ grundsätzlich beweiswertig. Da es sich bei seinen Beurteilungen um versicherungsinterne Stellungnahmen handelt, sind ergänzende Abklärungen bereits dann notwendig, wenn die übrige Aktenlage, insbesondere die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten an den Einschätzungen von Dr. med. E.____ zumindest geringe Zweifel zu erwecken vermögen. Dabei ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen von Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2022 (Suva-Nr. 50) und vom 31. Oktober 2022 (Suva-Nr. 57) sowie auf die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte radiologische Stellungnahme von PD Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Radiologie, vom 6. Juni 2023 (Urkunde des Beschwerdeführers Nr. 3) einzugehen.

5.4.1 Zu den beiden Stellungnahmen von Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2022 und 31. Oktober 2022 ist festzuhalten, dass diese keinen auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. E.____ hervorzurufen vermögen. So findet in der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2022 keine differenzierte Auseinandersetzung mit den Ausführungen von Dr. med. E.____ vom 13. Januar 2022 statt. Es wurden einzig die in den vorangegangenen Verlaufsberichten der Klinik D.____ bereits getätigten Ausführungen bestätigt, ohne diese näher zu begründen. In seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2022 nimmt der behandelnde Orthopäde zwar Bezug auf die Ausführungen von Dr. med. E.____, diese vermögen aber inhaltlich nicht zu überzeugen. So führte er in seiner Stellungnahme mehrfach aus, es könne nicht auf die aus der Fachliteratur zitierten Zeitspanne abgestellt werden, wonach innert einem bis sechs Monaten eine Verkleinerung von posttraumatischen Ödemen in jedem Fall sichtbar sein solle, da zwischen dem letzten und vorletzten MRI lediglich fünf Monate vergangen seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. E.____ in seinen beiden Beurteilungen vom 13. Januar 2022 und 14. September 2022 nachvollziehbar darlegte, dass sich das subchondrale Knochenmarködem, welches erstmals im MRI vom 9. Juni 2021 zur Darstellung gekommen ist, im MRI vom 16. November 2021 vergrössert gezeigt hatte. Es ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wonach es aufgrund des Verlaufs mit Vergrösserung unwahrscheinlich erscheine, dass sich das subchondrale Knochenmarködem im verbliebenen Beurteilungszeitraum von einem Monat noch verkleinern würde, zumal die Vergrösserungstendenz für sich spreche. Ausserdem ging Dr. med. F.____ auf den Umstand, dass sich das Knochenmarködem nicht verkleinerte, sondern

vergrösserte, überhaupt nicht ein. Eine eingehende und differenzierte Auseinandersetzung mit der ausführlich begründeten Auffassung von Dr. med. E.____ nimmt Dr. med. F.____ nicht vor. 5.4.2 Dr. med. G.____ hat sich in seiner radiologischen Stellungnahme vom 6. Juni 2023 eingehend mit den MRI-Berichten vom 14. März 2014, 9. Juni 2021 und 16. November 2021 auseinandergesetzt und seine gestellten Diagnosen ausführlich begründet. Er hatte sich ausserdem zur Frage zu äussern, ob sich aus der Bildgebung von radiologischer Seite eine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Ursache der voranschreitenden Chondropathie im Bereich der Trochlea und des Knorpelschadens im Bereich der medialen Femurkondyle posterior ergebe. Die Ausführungen von Dr. med. G.____ sind schlüssig und nachvollziehbar. Sie vermögen jedoch keine klare und überzeugende Antwort auf die Frage zu liefern, ob die geltend gemachten Beschwerden am linken Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 zurückzuführen sind. So führte der Radiologe aus, die Knorpelläsion im Übergang mittleres zu posterioren Drittel des medialen Femurkondylus sei nur am 16. November 2021 eindeutig dargestellt. Unglücklicherweise liege ein technisches Artefakt über dem zu interessierenden Areal in der Untersuchung vom 9. Juni 2021, so dass maskiert bleibe, inwiefern eine kontusionelle Schädigung des Knorpels durch das Trauma vom 5. Juni 2021 erfolgt sei. Das Ausmass der Schädigung am 16. November 2021 sei sicher markant progredient bzw. neu im Vergleich zur Voruntersuchung (dies könne trotz Artefakt festgestellt werden). Die Knorpelschädigung zentral in der Trochlea, die eine markante Progredienz zwischen dem 9. Juni 2021 und dem 16. November 2021 erfahren habe, sei aufgrund der Bildkriterien posttraumatisch (vertikale Knorpelfissuren, Unterminierung des Knorpels bei erhaltener Knorpeldicke, subchondrales flaves Knochenmarksödem) einzustufen. Inwieweit das Trauma vom 5. Juni 2021 Auslöser sei, bleibe unklar, da schon eine reaktive Veränderung der subchondralen Grenzlamelle vorliege, die sich in dieser Form nicht innerhalb von vier Tagen ausbilden könne. Somit lägen an dieser Stelle etwas widersprüchliche Befunde vor: zum einen eine vom Charakter traumatisch ausgelöste Knorpelläsion mit vertikalen Knorpelfissuren und Unterminierung des in der Dicke vollständig erhaltenen Knorpels, zum andern eine knöcherne Reaktion der subchondralen Grenzlamelle, die als vorbestehend eingestuft werde. Die markante Progredienz des Knorpelulkus mit Herauslösung von freien Gelenkkörpern, die am 16. November 2021 festgestellt worden sei, sei als sichere Konsequenz des Knorpelschadens vom 9. Juni 2021 zu verstehen und in diesen Kontext einzuordnen. Die Läsion am lateralen Trochlearand imponiere älter, insbesondere der Charakter der Knochenmarksreaktion am lateralen Rand der Trochlea. Die Knochenmarksreaktion erfahre jedoch eine erstaunliche Regredienz in der Folgeuntersuchung vom 16. November 2021. Insofern bleibe unklar, ob und wann eine (subakute) laterale Patellaluxation bei chronischen Vorschädigungen im Rahmen einer femoropatellaren Instabilität stattgefunden habe. Die Zuordnung zu dem Ereignis vom 5. Juni 2021 erscheine unwahrscheinlich. Aus dem Gesagten geht somit hervor, dass auch Dr. med. G.____ eine Knorpelschädigung zentral in der Trochlea bestätigt, die – wie Dr. med. E.____ bereits feststellte – eine markante Progredienz zwischen dem 9. Juni 2021 und dem 16. November 2021 erfahren hatte. Er stufte diese aufgrund der Bildkriterien als posttraumatisch ein. Hingegen konnte er nicht bestätigen, ob das Trauma vom 5. Juni 2021 Auslöser dafür ist. Auch seine Einschätzung, wonach die markante Progredienz des Knorpelulkus mit Herauslösung von freien Gelenkkörpern, die am 16. November 2021 festgestellt worden sei, als sichere Konsequenz des Knorpelschadens vom 9. Juni 2021 zu verstehen und in diesen Kontext einzuordnen sei, kann ebenfalls nicht zur Annahme führen,

dass der Knorpelschaden bzw. die Beschwerden am Knie auf das Ereignis vom 5. Juni 2021 zurückzuführen sind. Dr. med. G.____ nahm in seinem Bericht zudem weder Stellung zu der anders lautenden Auffassung von Dr. med. E.____ noch zum Umstand, dass sich das Knochenmarködem nicht verkleinerte, sondern im Verlauf vergrösserte, wofür Dr. med. E.____ hingegen unter Beizug der Fachliteratur eine nachvollziehbare Erklärung vorgebracht hatte. Somit kann festgehalten werden, dass die Ausführungen von Dr. med. G.____ ebenfalls keine auch nur geringen Zweifel an den Einschätzungen von Dr. med. E.____ zu erwecken vermögen. 6. Zusammenfassend besteht kein Anlass, auch nur geringfügige Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. E.____ zu hegen. Gestützt darauf und aufgrund der Aktenlage zu den bildgebenden Untersuchungen ist davon auszugehen, dass zwischen den geklagten Kniebeschwerden links und dem Unfall vom 5. Juni 2021 überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang besteht. Von weiteren Sachverhaltsabklärungen, namentlich einem medizinischen Gutachten durch einen Kniespezialisten, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung verzichtet wird (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Fehlt es aber nunmehr am Kausalzusammenhang, so entfällt auch ein Leistungsanspruch aus dem besagten Unfall. Die Beschwerdegegnerin hat daher den Fall zu Recht per 8. Dezember 2021 abgeschlossen und weitere Leistungen betreffend das linke Knie abgelehnt, womit sich die Beschwerde als unbegründet herausstellt und abzuweisen ist. 7. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 7.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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