

200 17 1016 UV  
SCP/SCM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. April 2018**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG**  
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

und

**C.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2017 (90.00.013110)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1968 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich am 30. Juli 2000 beim Fussballspielen das rechte Knie verdrehte (Akten der Mobiliar, Antwortbeilagen [AB] 2/1). Für das Ereignis erbrachte die Mobiliar Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. AB 1/203).

### **B.**

Am 19. September 2013 war der Versicherte bei der C.\_\_\_\_\_ (Beigeladene) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er sich beim Fussballspielen erneut am rechten Knie verletzte (AB 5/1-7, 5/9). Hierfür sprach die C.\_\_\_\_\_ Leistungen zu und schloss den Fall am 24. Oktober 2013 ab (vgl. AB 1/95, 5/20, 5/25). Bei wiederaufgetretenen bzw. anhaltenden Beschwerden meldete der Versicherte der C.\_\_\_\_\_ am 16. April 2015 einen Rückfall (AB 5/18 f.). Aufgrund der vorhandenen Unterlagen und insbesondere der gegenteiligen Auffassung hinsichtlich der Kausalitätsfrage des Vertrauensarztes der C.\_\_\_\_\_ einerseits (AB 5/20, 4/23, 4/26) sowie des beratenden Arztes der Mobiliar andererseits (AB 4/11, 4/16, 4/24), liessen die Unfallversicherer am 6. September 2016 ein unabhängiges Gutachten durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstellen (AB 4/38; Beantwortung von Zusatzfragen vom 8. März 2017 [AB 4/47]).

Mit Verfügung vom 12. Januar 2017 (AB 1/68) hielt die Mobiliar fest, die Beschwerden ab dem Jahr 2015 seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 30. Juli 2000 zurückzuführen, weshalb die Ausrichtung von Versicherungsleistungen ab dem Jahr 2015 abgelehnt

werde. Die hiergegen erhobene Einsprache (AB 1/73) wies sie – nachdem zwischenzeitlich auch die C.\_\_\_\_\_ eine Leistungspflicht betreffend den 2015 gemeldeten Rückfall verneint hatte (AB 1/88, 1/95) – mit Entscheid vom 19. Oktober 2017 (AB 1/204) ab.

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 20. November 2017 Beschwerde. Er lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Der Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 19. Oktober 2017 sei aufzuheben.
2. Das Beschwerdeverfahren sei mit dem hängigen Beschwerdeverfahren des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern mit der Verfahrensnummer 200.2017... zu vereinigen.
3. Es seien weitere Abklärungen vorzunehmen und es sei gestützt darauf die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG bzw. die C.\_\_\_\_\_ zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen nach UVG an A.\_\_\_\_\_ zu verpflichten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. November 2017 lud der Instruktionsrichter die C.\_\_\_\_\_ zum vorliegenden Verfahren bei und gab ihr Gelegenheit zur Stellungnahme.

In der Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerden vom 10. November 2017 (Verfahren UV/2017/993 betreffend die C.\_\_\_\_\_) und 20. November 2017 (Verfahren UV/2017/1016 betreffend die Mobiliar) in Bestätigung der angefochtenen Einspracheentscheide vollumfänglich abzuweisen seien.

Mit Eingabe vom 23. Januar 2018 führte die Beigeladene, vertreten durch Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_, aus, sie verzichte darauf, sich zu einer allfälligen Haftung der Beschwerdegegnerin zu äussern, halte jedoch fest, dass sich die Beschwerde vom 20. November 2017 gegen die Beschwerdegegnerin als unbegründet erweisen dürfte und abzuweisen wäre.

Am 16. März 2018 liess der Beschwerdeführer dem Gericht seine Schlussbemerkungen zukommen, während die übrigen Verfahrensbeteiligten darauf verzichteten.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Betreffen getrennt eingereichte Eingaben den gleichen Gegenstand, so kann die instruierende Behörde die Verfahren vereinigen (Art. 17 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]). Eine solche Konstellation ist vorliegend jedoch nicht gegeben, stehen doch die beiden Verfahren keineswegs in der Weise in einer Abhängigkeit zueinander, dass die Verneinung der Leistungspflicht des einen Unfallversicherers zur Leistungspflicht des anderen führt. Gegenstand des Verfahrens UV/2017/993 bildet denn auch das Ereignis vom 19. September 2013 mit der C.\_\_\_\_\_ als möglicher Unfallversicherer, währenddem vorliegend das Ereignis vom 30. Juli 2000 im Fokus steht und es die Leistungspflicht der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zu beurteilen gilt. Es rechtfertigt sich deshalb, über die geltend gemachten Ansprüche aus dem im Jahr 2015 gemeldeten Rückfall mit separatem Urteil zu befinden. Der Antrag auf Verfahrensvereinigung ist entsprechend abzuweisen. Indessen wurde die Instruktion der beiden Verfahren koordiniert (vgl. prozessleitende Verfügung vom 21. November 2017) und werden die ergangenen Urteile gleichentags eröffnet.

**1.2** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.3** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2017 (AB 1/204). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem der Beigeladenen im April 2015 gemeldeten Rückfall (AB 5/18 f.) und dabei insbesondere, ob die weiterhin bestehenden Beschwerden in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Juli 2000 stehen, für welches die Beschwerdegegnerin als damals zuständiger Unfallversicherer Leistungen erbracht hat.

**1.4** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.5** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.2.2** 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, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

**2.3** Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut

geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; BGer 8C\_61/2016, E. 3.2).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Vertrauensarzt der Beigeladenen, führte am 21. Mai 2015 (AB 5/20) aus, die ab April 2015 geltend gemachten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis aus dem Jahr 2000, weshalb der Fall zulasten der Beschwerdegegnerin gehe. Es handle sich um Spätfolgen; die Kreuzbandruptur sei damals nicht repariert worden.

**3.1.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, hielt am 3. September 2015 (AB 4/11) fest, die vom Beschwerdeführer ab Februar 2015 beklagten Beschwerden (inkl. Operation vom 5. August 2015) seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalles vom 30. Juli 2000. Es hand-

le sich auch nicht um einen Rückfall zu diesem Ereignis, vielmehr liege ein neuer, am 19. September 2013 erlittener Unfall vor.

**3.1.3** Im Bericht vom 16. September 2015 (AB 4/16) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, nach der Ruptur des vorderen Kreuzbandes im Jahr 2000 sei keine Instabilität nachgewiesen worden, so dass auf eine Kreuzbänderersatzplastik verzichtet worden sei. Offenbar sei der Beschwerdeführer bis zum Ereignis vom 19. September 2013 (Rotation bei gebeugtem Knie) absolut beschwerdefrei und sportlich nicht eingeschränkt gewesen. Das beschriebene Ereignis sei typisch und gut geeignet, eine Meniskusläsion zu bewirken. Wie aus den Unterlagen mehrfach hervorgehe, leide der Beschwerdeführer seither unter Kniebeschwerden, womit der Zusammenhang zwischen dem Ereignis, den aktuellen Beschwerden und der notwendigen Operation vom 5. August 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Die aktuellen Kniebeschwerden rechts stünden in keinem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Juli 2000 (AB 4/13).

**3.1.4** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 15. Oktober 2015 (AB 4/23) fest, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer subjektiv kein Instabilitätsgefühl gehabt habe, bedeute nicht, dass das Kniegelenk normal funktioniert habe. Wenn der Unfall aus dem Jahr 2013 zu einer namhaften und dauerhaften Verschlimmerung des Zustands des rechten Knies geführt hätte, so hätte der Beschwerdeführer den Arzt sehr wahrscheinlich mehr als nur zweimal konsultiert und es wären weitere Untersuchungen vorgenommen worden. Zudem liege kein konkreter Nachweis vor, dass die im Jahr 2015 festgestellten Meniskusläsionen tatsächlich durch den Unfall vom 19. September 2013 verursacht worden seien. Eine VKB (Vorderes Kreuzband)-Insuffizienz führe häufig zu einer Meniskus-Überlastung bzw. zu einem Meniskusriss. Demnach habe auch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Rahmen des Operationsberichts vom 5. August 2015 als Diagnose eine Meniskusläsion bei einer VKB-Partialruptur gestellt. Zusammenfassend sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die banale Knieverstauchung aus dem Jahr 2013 die medialen und lateralen Meniskusläsionen verursacht habe. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Rückfall aus dem Jahr 2015 in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 30. Juli 2000 stehe.

**3.1.5** Zur Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 4. Februar 2016 (AB 4/24) aus, das Ereignis vom 19. September 2013 sei geeignet gewesen, eine Meniskusverletzung zu bewirken und die Operation vom 5. August 2015 (Kniearthroskopie rechts mit Teilmeniskektomie, Meniskusnaht Hinterhorn und Corpus lateral sowie Resektion einer Plica mediopatellaris [AB 4/5]) sei zumindest teilweise auf dieses genannte Ereignis zurückzuführen.

**3.1.6** Am 12. Mai 2016 (AB 4/26) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nach Prüfung der letzten Korrespondenz zwischen den beiden Vertrauensärzten zusammenfassend aus, es gebe keinen Beweis dafür, dass das Ereignis aus dem Jahr 2013 eine zentrale Rolle für den Rückfall bzw. die seit 2015 geltend gemachten Beschwerden gespielt habe.

**3.1.7** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 6. September 2016 (AB 4/38) die folgenden Diagnosen (AB 4/29):

- Chronische, aber asymptomatische Zentralpfeilerinsuffizienz Knie rechts mit / bei:
  - Status nach VKB-Ruptur und Meniskusläsion medial und lateral am 30. Juli 2000
  - Status nach KAS (19. Oktober 2000) mit / bei:
    - Teilmeniskektomie medial und lateral
    - Belassen der VKB-Ruptur mit / bei Status nach Giving-way am 19. September 2013
- Status nach lateraler Meniskusnaht am 5. August 2015 und erneutem Belassen der bekannten VKB-Ruptur mit / bei degenerativer Meniskusläsion in den Restmenisken medial und lateral

Es ergäbe sich schlüssig, dass 2013 vorübergehend eine Problematik aufgetreten sei, welche zwar überwiegend wahrscheinlich auf die Verletzung aus dem Jahr 2000 zurückzuführen sei, die damals erlittene Zerrung des medialen Seitenbandes aber ausheilte und die 2015 geklagten Beschwerden degenerativer Art seien. Es könne allenfalls spekulativ argumentiert werden, dass repetitive / chronische jeweils aber asymptomatische Giving-way-Ereignisse zu der lateralen Meniskusveränderung geführt haben könnten, was aber in casu eher unwahrscheinlich sei, da weder subjektiv noch klinisch relevant eine Instabilität nachgewiesen werden konnte und intraoperativ eine VKB-Plastik nicht zur Diskussion gestanden habe, was zumindest darauf hindeute, dass eine („alltagsgenügende“) Reststabilität bestanden habe bzw. bestehe (AB 4/30). Die Behandlung der nachgewiese-

nen Gesundheitsschädigung (Meniskusläsion) sei unwahrscheinlich (maximal hypothetisch / spekulativ) auf eines der beiden Ereignisse (2000 respektive 2013) zurückzuführen (AB 4/29). Derzeit würden sowohl unfallkausale als auch degenerative Gesundheitsschädigungen vorliegen. Während das eindeutig unfallkausale Problem (VKB-Läsion) auf das Ereignis aus dem Jahr 2000 zurückzuführen sei – aber weder funktionell einschränkend, noch behandlingstechnisch relevant sei –, sei das pathologische Korrelat in den Menisken empirisch ausschliesslich, zumindest aber überwiegend wahrscheinlich, degenerativ. Aufgrund dieser akribischen Beurteilung der vorgelegten Daten habe das Ereignis von 2013 keine überwiegend wahrscheinliche Auswirkung auf den Gesundheitsschaden der Menisken, aber auch nicht auf das rupturierte VKB (AB 4/28).

**3.1.8** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 31. Oktober 2016 (AB 1/70) fest, insgesamt lasse sich nicht eindeutig beurteilen, ob die im Jahr 2015 behandelten Kniegelenkspathologien ursächlich auf das Unfallereignis aus dem Jahr 2000 oder 2013 zurückzuführen seien. Sicherlich sei es im Jahr 2000 zu einer Verletzung der Kniebinnenstrukturen mit medialer und lateraler Meniskusläsion gekommen mit gleichzeitiger vorderer Kreuzbandruptur. Ebenfalls sei im Jahr 2000 eine partielle Meniskektomie am medialen und lateralen Hinterhorn durchgeführt worden, so dass davon ausgegangen werden könne, dass anschliessend stabile Verhältnisse am Meniskus vorgelegen hätten. Beim erneuten MRI nach dem Distorsionsereignis im Jahr 2013 habe sich eine komplexe mediale Meniskusläsion gezeigt, welche nicht refixierbar gewesen sei. Zusätzlich habe eine laterale Meniskushinterhornläsion vorgelegen. Es sei schwierig zu beurteilen, ob die Befunde im MRI und auch während der Operation vom 5. August 2015 auf den erneuten Unfall knapp zwei Jahre zuvor zurückzuführen seien oder ob zusätzlich degenerative Läsionen aufgetreten seien. Sicherlich habe seit Jahren eine gewisse leichte Instabilität vorgelegen, welche zu Verschleissveränderungen der Menisci geführt haben könne, trotzdem sei es durch das der Unfallversicherung gemeldete Ereignis zu einer Schmerzzunahme gekommen. Zusätzlich seien die Knorpelverhältnisse noch relativ gut erschienen, was bei einer langjährigen Meniskusruptur eher nicht zu erwarten sei. Auch bei einem Patienten mit 50 Jahren sollten keine komplexen de-

generativen Meniskusläsionen auftreten, wenn nicht einer der beiden Unfälle hierfür ursächlich in Betracht komme. Ob dies nun der erste oder der zweite Unfall sei, sei wohl nicht eindeutig zu eruieren.

**3.1.9** Unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2016 (AB 1/70 bzw. E. 3.1.8 hiervor) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 8. März 2017 (AB 4/47) aus, es sei „nicht eindeutig“ (ergo nicht zu 100 %) beurteilbar, ob die 2015 behandelte Kniepathologie auf das Ereignis von 2000 oder auf dasjenige von 2013 zurückgeführt werden könne. Es falle auf, dass die dritte Möglichkeit (natürliche Degeneration mit / bei chronischem Overuse bei intensiver sportlicher Betätigung) von den Vorgutachtern bis anhin gar nicht erst zur Diskussion gestellt worden sei (AB 4/47). Denkbar sei, dass das im Jahr 2000 beschädigte Kniegelenk rechts zuerst subjektiv und objektiv stabil gewesen sei, aber mit der Zeit im Sinne eines degenerativen Geschehens oder als Folge der körperlichen Beanspruchung instabil geworden sei. Dies sei überwiegend wahrscheinlich der Fall (AB 4/43). In Bezug auf das Ereignis vom 30. Juli 2000 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, dass der Zustand am VKB eindeutig (zu 100 %) auf diesen Unfall zurückzuführen sei. Hinsichtlich der Menisken sei es aktenkundig, dass im Jahr 2000 medial und lateral eine Teilmeniskektomie erfolgt sei, wobei die Kausalität des Schadens retrospektiv überwiegend wahrscheinlich gewesen sei. Danach habe eine langjährige uneingeschränkte Sportfähigkeit mit / bei sehr kniebelastenden Sportarten bestanden, was mit Bezug auf das Ereignis vom 30. Juli 2000 auf eine physiologisch unbeeinträchtigte Funktion des Knies schliessen lasse. Das Ereignis von 2013 habe zwar möglicherweise zu einer vorübergehenden Verschlimmerung an den Menisken geführt, eine überwiegend wahrscheinliche Veränderung am freien Rand bleibe aber hypothetisch. Ein allfälliger kleinster „zusätzlicher“ Riss in den veränderten Menisken – im Sinn eines Vorzustands – lasse sich nicht zu 100 % ausschliessen, bleibe aber eher unwahrscheinlich und sei in letzter Konsequenz für das Beschwerdebild nicht ursächlich. Zusammengefasst hält Dr. med. D. \_\_\_\_\_ daran fest, dass trotz dem unfallkausalen Vorzustand (Unfall 2000) und der möglichen vorübergehenden Verschlimmerung an den Menisken im Knie rechts durch das Ereignis im Jahr 2013, der Gesundheitsschaden von 2015 überwiegend wahrscheinlich degenerativ bzw. schicksalhaft sei. Die Frage, ob nach ei-

ner Teilmeniskektomie je wieder der Status quo ante und demnach auch ein Status quo sine (Degeneration) habe eintreten können – aus orthopädischer Sicht funktionell ja, rein anatomisch gesehen theoretisch aber nicht, da ein Stück weggeschnitten worden sei – müsse administrativ / juristisch beantwortet werden (AB 4/42).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2017 (AB 1/204) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 6. September 2016 (AB 4/38) sowie dessen Bericht vom 8. März 2017 (AB 4/47) gestützt. Die damit dokumentierten Beurteilungen

erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Sie sind umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und der Gutachter konnte sich anhand des lückenlosen Untersuchungsbefundes ein gesamthaft vollständiges Bild machen. Schliesslich setzte sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch einlässlich mit den medizinischen Akten der beiden Unfallversicherungen auseinander, womit seinen Beurteilungen volle Beweiskraft zukommt.

Aktenkundig und unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer am 30. Juli 2000 am rechten Knie eine VKB-Ruptur sowie eine Meniskusläsion zugezogen hat (vgl. AB 4/1-3, 4/32, 5/20). Aufgrund der zunächst deutlichen Beschwerdearmut bzw. weil keine subjektive Instabilität vorlag, wurde am 19. Oktober 2000 lediglich eine arthroskopisch partielle Meniskektomie des medialen und lateralen Hinterhorns rechts vorgenommen, wogegen auf eine Operation des VKB verzichtet bzw. die VKB-Läsion konservativ behandelt wurde (AB 4/3, 4/5, 4/16, 4/32). In der Folge war der Beschwerdeführer während mehr als zehn Jahren sportfähig und nahm insbesondere an mehreren Marathonläufen teil (vgl. Beschwerde S. 7, AB 4/5 sowie 4/45), womit bezogen auf den damaligen Zeitpunkt des Fallabschlusses davon ausgegangen werden kann, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Status quo ante bzw. eine Beschwerdefreiheit eingetreten war.

Anlässlich der neuerlichen Verletzung des rechten Knies vom 19. September 2013 (AB 5/1-7, 5/9) wurde eine Distorsion des medialen Bandapparates am rechten Kniegelenk diagnostiziert (AB 5/7). Bei zunehmenden Schmerzen im rechten Kniegelenk ergab das MRI vom 11. Februar 2015 (AB 5/10) insbesondere ausgedehnte und komplexe Risse in beiden Mennisci. Am 5. August 2015 wurde eine Kniearthroskopie rechts mit Teilmeniskektomie medial und lateral, eine Meniskusnaht Hinterhorn und Corpus lateral sowie eine Resektion einer Plica mediopatellaris vorgenommen (AB 4/5), welche komplikationslos verlief (AB 4/10, 4/18, 4/21).

Es überzeugt, wenn der Gutachter ausführte, das 2013 stattgefundene Giv-ing-way habe zwar vorübergehende Schmerzen ausgelöst, die klinischen Befunde vom 21. Oktober 2013 (vgl. AB 5/7) sprächen aber gegen eine

objektivierbare Verschlimmerung des Vorzustandes, womit sich die klinisch-anatomische Situation am rupturierten und vernarbten VKB nicht verändert habe (AB 4/31 f.). An dieser Einschätzung ändere nichts, wenn im MRI vom 11. Februar 2015 (AB 5/10) ausgedehnte und komplexe Risse in beiden Menisci beschrieben worden seien. Die eindeutig erkennbaren Meniskusveränderungen entsprächen einerseits dem postoperativen Residuum und andererseits respektive vor allem einer natürlichen und alterskorrelierenden Degeneration. Für Letzteres sprächen unter anderem die Rissformen bzw. der Rissverlauf und die Lokalisation in Kombination mit einem Meniskusganglion lateral. Eine überwiegend wahrscheinliche „aktive / unfallkausale Komponente“ war damit für Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht erkennbar (AB 4/31). Weiter hält der Experte mit überzeugender Begründung fest, dass die differential-diagnostische Diskussion der Degeneration der nachgewiesenen Meniskuläsionen von den (Vertrauens-)Ärzten gar nicht erst aufgenommen und die Kausalität begründungslos je einem Ereignis (2000 bzw. 2013) zugeordnet worden sei (vgl. AB 4/30, 4/47). Dies obwohl bereits das MRI des rechten Knies vom 16. August 2000 (AB 4/1) degenerative Veränderungen vom Grad II im medialen Meniskushinterhorn und vom Grad I im lateralen Meniskusvorderhorn ergeben hatte. Insoweit beruhen sowohl die Schlussfolgerungen der beiden Vertrauensärzte als auch diejenigen des behandelnden Orthopäden Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 1/70) auf der unzulässigen Formel "post hoc, ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3), womit sie nicht geeignet sind, Zweifel an der Beurteilung des Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aufkommen zu lassen. Demnach überzeugt auch die zusammenfassende Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, wonach zwar 2013 mit dem Giving-way-Ereignis eine vorübergehende Problematik aufgetreten sei, welche überwiegend wahrscheinlich auf die Verletzung aus dem Jahr 2000 zurückzuführen sei, es jedoch in Anbetracht der Umstände, dass eine Instabilität weder subjektiv noch klinisch nachgewiesen und intraoperativ eine VKB-Plastik nicht zur Diskussion gestellt worden sei, eher unwahrscheinlich sei, dass repetitive / chronische, jeweils aber asymptomatische Giving-way-Ereignisse (medizinisch-theoretisch bei jedem Schritt möglich, vor allem beim Abwärtsgehen) zu der lateralen Meniskusveränderung geführt haben könnten. Vielmehr sei davon auszugehen, die anlässlich des Ereignisses vom 30. Juli 2000 erlittene Zerrung des medialen Seitenbandes sei

ausgeheilt gewesen und die ab 2015 beklagten Beschwerden seien degenerativer Art (AB 4/30). Auf diese überzeugenden und voll beweiskräftigen Beurteilungen vom 6. September 2016 (AB 4/38) und 8. März 2017 (AB 4/47) ist abzustellen, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auch die vom Beschwerdeführer beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 2) erübrigen.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten besteht zwischen den im Jahr 2015 aufgetretenen Beschwerden bzw. dem gemeldeten Rückfall und dem Ereignis vom 30. Juli 2000 kein anspruchsbegründender Kausalzusammenhang. Die Beschwerdegegnerin hat eine diesbezügliche Haftung bzw. Leistungsausrichtung zu Recht abgelehnt, womit die gegen den Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2017 (AB 1/204) erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens haben weder der Beschwerdeführer noch die Beschwerdegegnerin Anspruch auf Entschädigung ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 4 und Art. 108 Abs. 3 VRPG [Umkehrschluss]).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Der Antrag auf Vereinigung der Verfahren UV/2017/1016 und UV/2017/993 wird abgewiesen.
2. Die Beschwerde wird abgewiesen.

3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteien-schädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
  - Rechtsanwalt Lorenz E. \_\_\_\_\_ z.H. der Beigeladenen
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.