

200 17 745 UV
SCP/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 6. November 2017

Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Bagatellunfall-Meldung am 5. Januar 2016 bei einem Fahrradsturz eine Prellung der linken Schulter sowie des linken Knies zuzog (Akten der Mobiliar [act. II] 2/001-003). Im Zusammenhang mit diesem Ereignis erbrachte die Mobiliar zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (act. II 4/001-011). Mit Verfügung vom 6. Juli 2016 (act. II 1/011 f.) stellte sie diese vorübergehenden Leistungen per 6. April 2016 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 1/016, 1/020-024) mit Entscheid vom 13. Juli 2017 (act. II 1/044-053) fest.

B.

Mit Eingabe vom 31. August 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid sowie die Verfügung seien kostenfällig aufzuheben und ihm seien über den 6. April 2016 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 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 Abs. 2 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 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Soweit mit der Beschwerde jedoch auch die Verfügung vom 6. Juli 2016 (act. II 1/011 f.) mitangefochten wurde, hat ein Forumsverschluss zu erfolgen. Zwar ist die Einsprache kein devolutives Rechtsmittel, ein Einspracheentscheid tritt jedoch an die Stelle der ursprünglichen Verfügung (vgl. BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 411), weshalb die überschüssende Anfechtung der ursprünglichen Verfügung zur Folge hat, dass insoweit auf die Beschwerden nicht einzutreten ist (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 60 N. 7).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2017 (act. II 1/044-053). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Januar 2016 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden Leistungen per 6. April 2016 einstellte und weitere Versicherungsleistungen verneinte.

1.3 Die Behandlungskosten seit 7. April 2016 lagen bei Fr. 5'397.70 (Fr. 348.10 ./ Fr. 181.99 ./ Fr. 56.64 [act. II 4/013-017, 4/021 f.] + Fr. 5'222.85 [act. II 4/019, 4/023-025] + Fr. 65.35 [act. II 4/026]), wobei dem Beschwerdeführer lediglich die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anfiel, welche gegen die Verfügung vom 6. Juli 2016 (act. II 1/011 f.) kein Rechtsmittel ergriff und ihre Leistungspflicht damit akzeptierte (vgl. act. II 1/014). Im Zusammenhang mit der Knieoperation (act. II 3/007) wurde vom 23. bis 29. Mai 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 2/004, 3/015). Weil bloss eine Bagatellunfall-Meldung erfolgte (act. II 2/001-003) liegen keine Lohnangaben vor, mit Blick auf den ab 1. Januar 2016 gültigen Höchstbetrag des versicherten Verdienstes von Fr. 406.-- im Tag (Art. 22 Abs. 1 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) sowie unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 16 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20), steht aber maximal ein Taggeldanspruch von Fr. 1'624.-- in Frage (Fr. 406.-- x 80 % x 5 Tage; vgl. Art. 17 Abs. 1 UVG, Art. 25 Abs. 1 UVV sowie Anhang 2 UVV). Damit liegt der Streitwert jedenfalls unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Streitigkeit in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 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 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter 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 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 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).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3 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).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung

gung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gege-

benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der UVV in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

3.

3.1 Dass das in der Bagatellunfall-Meldung (act. II 2/001-003) geschilderte Ereignis vom 5. Januar 2016 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. II lit. B Ziff. 5). Des Weiteren ist angesichts des Unfalldatums in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. E. 2.6 hiervor), was sich im vorliegenden Fall indes nicht auswirkt.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Nach dem Unfall vom 5. Januar 2016 konsultierte der Beschwerdeführer am 11. Januar 2016 den Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (gemäss den fakturierten Leistungen [act. II 4/005], ein echtzeitlicher Bericht liegt nicht vor). Eine gleichentags angefertigte konventionelle Röntgenaufnahme fiel bezüglich des hier interessierenden linken Kniegelenks unauffällig aus. Insbesondere zeigten sich weder knöcherne Destruktionen noch ein grösserer suprapatellarer Gelenkerguss und auch keine frakturverdächtigen intra- oder periartikuläre Verkalkungen (act. II 3/022). Der Beschwerdeführer stand bei Dr. med. C._____ bis zum 5. Februar 2016 in Behandlung, welche hauptsächlich

in einer ab 26. Januar 2016 täglich durchgeführten Hochfrequenz-Therapie bestand (act. II 3/002 i.V.m. 4/004-006). Der Hausarzt ging zunächst primär von einer Bursitis praepatellaris aus und veranlasste nach einem Behandlungsunterbruch bis zum 9. März 2016 (act. II 4/009) ein MRI zur Abklärung eines Verdachts auf ein Plicasyndrom links (vgl. act. II 3/001 [Fragestellung]).

3.2.2 Im Befundbericht der Klinik D. _____ vom 11. März 2016 (act. II 3/001) über die am Vortag durchgeführte bildgebende Untersuchung bestätigte Dr. med. E. _____, Facharzt für Radiologie, eine deutliche Bursitis praepatellaris sowie ein Gelenkerguss am linken Knie. Er erklärte, man sehe nur eine ganz kleine Plica mediopatellaris und es bestünden sowohl im medialen als auch im lateralen Gelenkspalt bereits degenerative Knorpelveränderungen. Die Kreuz- und Seitenbänder sowie die Menisci würden intakt und ohne Hinweise auf eine Ruptur dargestellt. An der typischen Stelle präsentiere sich eine posteromediale, flache, leicht gekammerte Bakerzyste. Das posterolaterale Kapseleck werde regelrecht dargestellt und es bestünden keine Hinweise auf Rupturen in diesem Bereich, es ergäben sich auch keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Pathologie des Hoffa-Fettkörpers.

3.2.3 In der Folge überwies Dr. med. C. _____ den Beschwerdeführer an Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. II 3/002, 3/005), der im Konsiliarbericht vom 6. April 2016 (act. II 3/004) einen Status nach Kniekontusion links vom 5. Januar 2016 mit traumatisierter Plica mediopatellaris und Bursitis praepatellaris diagnostizierte. Er gab unter anderem an, zwar sei ein schmerzfreies Joggen möglich, es bestünden aber infrapatelläre Schmerzen, welche vor allem beim Knien und Treppensteigen sehr störend seien. Seines Erachtens seien die Beschwerden auf die traumatisierte Plica zurückzuführen, während die leicht geschwollene Bursa aktuell kaum symptomatisch sei. Am 23. Mai 2016 resezierte Dr. med. F. _____ die Plica arthroskopisch (act. II 3/007).

3.2.4 Als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2016 (act. II 3/006) fest, dass die Bakerzyste darauf hinweise, dass das

Kniegelenk bereits längere Zeit im Sinne einer chronischen Ergussbildung gereizt worden sein müsse. Folglich bestehe überwiegend wahrscheinlich keine auf das Unfallereignis zurückzuführende Gelenkverletzung, die auch eine Operation nötig mache. Die Bursitis könne hingegen als Folge der Knieprellung angesehen werden, sie liege aber ausserhalb des Gelenks und werde nicht behandelt. In Kenntnis der intraoperativen Bilder (act. II 3/008-010) sowie des Operationsberichts (act. II 3/007) bestätigte Dr. med. G._____ diese Auffassung in einer weiteren Aktenbeurteilung vom 27. Juni 2016 (act. II 3/013 f.). Er verneinte dabei auch eine Teilkausalität zwischen dem Unfall sowie der Plica-Verletzung und erklärte, die im Operationsbericht beschriebene Verhärtung weise auf eine chronisch repetitive Schädigung der Plica im Sinne eines Plicasyndroms hin. Sodann stellten die degenerativ bedingten Knorpelveränderungen medial sowie die Bakerzyste sicher unfallfremde Faktoren dar und seien Anhaltspunkte dafür, dass das linke Knie schon vorgängig gereizt gewesen sei. Die Frage nach dem Erreichen des Status quo sine beantwortete der beratende Arzt dahingehend, dass eine Kniekontusion nach sechs bis acht Wochen ausheile und eine unfallbedingte Schädigung der Bursa mit Entwicklung einer Bursitis konservativ nach drei bis höchstens vier Monaten ausheilen könne.

3.2.5 Am 27. Juli 2016 nahm Dr. med. F._____ seinerseits zur Frage der Unfallkausalität Stellung (act. II 3/016 f.). Er blieb dabei, dass die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine posttraumatisch verdickte und in der Folge schmerzhafte Plica mediopatellaris zurückgeführt werden könne. Dafür spreche die klassische Lokalisation parapatellär medial, welche der Beschwerdeführer beim Fahrradsturz glaubhaft kontusioniert habe. Die von ihm geschilderten und im Rahmen der Operation therapierten Beschwerden seien klar auf das Anpralltrauma mit konsekutiver Irritation der Plica zurückzuführen.

3.2.6 Mit Schreiben vom 18. Januar 2017 (act. II 3/026) vertrat auch der Hausarzt gegenüber der Beschwerdegegnerin die Auffassung, dass die geäusserten Beschwerden seines Patienten eindeutig als Unfallfolge anzusehen seien. Dies bekräftigte Dr. med. C._____ in einer weiteren Zuschrift vom 2. März 2017 (act. II 3/037) mit der Begründung, dass er den Beschwerdeführer vor dem Unfall nie wegen eines Knieleidens behandelt

habe und die Beschwerden bei einer im Büro arbeitenden Person nur eine traumatische Genese haben könnten.

3.3 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Wenngleich der nähere biomechanische Ablauf des Fahrradsturzes in den Akten nicht dokumentiert ist, besteht unter den involvierten Ärzten Einigkeit darüber, dass die akut aufgetretene Bursitis praepatellaris (ICD-10: M70.4) auf eine Kniekontusion zurückzuführen ist. Die Beschwerdegegnerin anerkannte in diesem Zusammenhang denn auch die leistungsbegründende Unfallkausalität und übernahm zunächst die (konservative) Heilbehandlung. Die Annahme der Verwaltung, dass in Bezug auf diesen

Gesundheitsschaden der Status quo sine vel ante spätestens per 6. April 2016 eingetreten war (act. II 1/004, 1/011, 1/045) findet in den medizinischen Akten ihren Rückhalt. Dr. med. F. _____ stellte in diesem Zeitpunkt fest, dass die Bursa nur leicht geschwollen und kaum symptomatisch war (act. II 3/004), was wiederum mit der auf medizinwissenschaftlicher Empirie beruhenden Einschätzung von Dr. med. G. _____ korreliert, wonach eine Bursitis unter konservativer Behandlung nach drei bis höchstens vier Monaten ausheilt (act. II 3/013 Ziff. 5). Im Übrigen blieb seine Feststellung, dass die Bursitis im Zeitpunkt der Operation vom 23. Mai 2016 mangels gegenteiliger Hinweise in den Akten nicht mehr bestanden habe (act. II 3/013 Ziff. 5), unwidersprochen. Es ist somit nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine unfallkausale Schleimbeutelentzündung vor der linken Kniescheibe mehr bestand, die behandlungsbedürftig gewesen oder eine Arbeitsunfähigkeit bzw. einen Integritätsschaden bewirkt hätte. Vor diesem Hintergrund bestand ab 7. April 2016 aus der obligatorischen Unfallversicherung unter keinem Titel mehr eine weitere Leistungspflicht. Fraglich ist hingegen, wie es sich mit der Unfallkausalität des Plicasyndroms verhält, das gemäss Dr. med. F. _____ für die Schmerzen unterhalb der Kniescheibe verantwortlich war (act. II 3/004) und schliesslich die Indikation zur Knieoperation vom 23. Mai 2016 (act. II 3/007) darstellte.

3.5 Bezüglich der Plica mediopatellaris wies die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. II lit. B Ziff. 15 und S. 11 lit. B Ziff. 56), dass sie ihre Leistungspflicht für diesen Gesundheitsschaden nie anerkannte und die objektive Beweislast für die natürliche Unfallkausalität – entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 4 Ziff. III Art. 3) – demnach beim Leistungsansprecher liegt (vgl. E. 2.4 hiervor). Diese Feststellung ist insofern von Belang, als die Bemühungen der Beschwerdegegnerin, die Krankengeschichte für den Zeitraum vom 5. Januar bis 1. April 2016 zu beschaffen, trotz korrekt durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG am Widerstand des Beschwerdeführers bzw. seines Hausarztes scheiterte (act. II 2/027, 029, 033-040, 3/037). Wenngleich der Hausarzt nunmehr bestätigt, dass er der Beschwerdegegnerin «alle Unterlagen vollständig abgegeben habe» (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), ist dies keineswegs glaubhaft. Dies wür-

de letztlich bedeuten, dass Dr. med. C. _____ die zahlreichen fakturierten Konsultationen ab 11. Januar 2016 (act. II 4/4 f.) in Verletzung seiner Berufspflichten (vgl. Art. 26 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01]; Art. 12 der Standesordnung der FMH vom 12. Dezember 1996 [abrufbar unter <www.fmh.ch>, Rubrik: über die FMH/rechtliche Grundlagen]) überhaupt nicht dokumentiert hätte, ist sein ältestes Dokument in den amtlichen Akten doch das Überweisungsschreiben an Dr. med. F. _____ vom 1. April 2016 (act. II 3/002). Die Beschwerdegegnerin als Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung war ohne weiteres befugt, vom Hausarzt die Edition der Krankengeschichte zu verlangen, ohne dass hierfür eine explizite Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht notwendig gewesen wäre (vgl. dazu: MARKUS FUCHS, Aktuelle datenschutzrechtliche Fragen im UVG, in: SZS 2012 S. 414 ff.; ROGER PETERS, Besteht eine Pflicht des Arztes auf Herausgabe von Daten seines Patienten an das Durchführungsorgan der obligatorischen Unfallversicherung?, in: SZS 2001 S. 147; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 245). Da die Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht auch vom Beschwerdeführer ausging (act. II 1/35), hat er die Rechtsfolgen von Art. 43 Abs. 3 ATSG zu gewärtigen. Folglich ist einzig zu prüfen, ob aufgrund der *vorhandenen* medizinischen Aktenlage die Unfallkausalität des Plicasyndroms nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 90 ff.).

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die Aktenbeurteilungen von Dr. med. G. _____ vom 23. Mai (act. II 3/006) bzw. 27. Juni 2016 (act. II 3/013 f.). Dessen fachärztliche Schlussfolgerungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis, womit sich einerseits weitere medizinische Abklärungen in Form der beantragten versicherungsexternen Begutachtung (Beschwerde S. 2 Ziff. 1 Ziff. 2 [richtig wohl: Ziff. 3]) erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]) und sich andererseits die erwähnte Beweislastverteilung, die lediglich im Falle einer Beweislosigkeit greift (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 222) – nicht auswirkt. Dass der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin keine klinische Exploration durchführte, ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner Einschätzungen zu erschüttern,

konnte er sich anhand der vorhandenen Vorakten doch ein hinreichendes – wenn (aufgrund der Verletzung der Mitwirkungsobliegenheit des Beschwerdeführers) auch nicht lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Zudem wären aus einer persönlichen Untersuchung nach dem am 23. Mai 2016 stattgehabten operativen Eingriff retrospektiv ohnehin kaum mehr zusätzliche relevante Erkenntnisse zu gewinnen gewesen. Zwar monierte Dr. med. G._____ die schlechte Qualität des eingescannten intraoperativen Bildmaterials (act. II 3/008-010), er stützte sich jedoch vorwiegend auf den Operationsbericht (act. II 3/007) und die vorgängigen Akten (act. II 3/13 Ziff. 7). Dabei zeigte er nachvollziehbar und überzeugend auf, dass die bildgebend ausgewiesenen degenerativen Befunde (act. II 3/001) sowie die vom Operateur Dr. med. F._____ beschriebene Verhärtung der Plica (act. II 3/007) für eine unfallfremde Genese sprechen (act. II 3/014 Ziff. 2 f.). Dies ist auch mit der möglichen Pathogenese solcher Verletzungen in der medizinischen Literatur sowie dem spezifischen Freizeitverhalten des Beschwerdeführers vereinbar. So kann eine Schädigung der Plica mediopatellaris nicht nur von einem direkten Trauma (Schlag gegen die Kniescheibe) oder einer Distorsion des Kniegelenks, sondern ebenso von einer Überlastung (rezidivierende Mikrotraumen, Entzündungen) herrühren (vgl. OSTERMEIER/BECHER, Vorderes Knieschmerzsyndrom, 2011, S. 24; MICHAEL STROBEL, Arthroskopische Chirurgie, 1998, S. 248; CARL JOACHIM WIRTH et al., Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Aufl. 2013, Ziff. 41.3.9, S. 750; SCHABUS/BOSINA, Das Knie, 2007, S. 78; WOLFGANG DIHLMANN, Gelenke – Wirbelverbindungen, 3. Aufl. 2002, S. 336). Mit der eigenen Aussage des Beschwerdeführers, wonach er wettkampfmässig Laufsport betreibt, wobei er Halbmarathon-Distanzen laufe und in Trainings bis zu drei Stunden jogge (act. II 1/009), liegt denn auch ein Hinweis auf eine solche Überlastung des Kniegelenks vor.

3.5.2 Die Berichte der behandelnden Ärzte sind nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. G._____ zu begründen. Soweit Dr. med. C._____ im Schreiben vom 2. März 2017 (act. II 3/037) die Unfallkausalität damit begründete, dass das Plicasyndrom bei einer im Büro arbeitenden Person nur eine traumatische Genese haben könne, beruht diese Schlussfolgerung auf einer klar aktenwid-

rigen Beweisbasis, hielt er im Überweisungsschreiben vom 1. April 2016 (act. II 3/002) doch selbst fest, dass der Beschwerdeführer viel Sport treibe. Auch der Orthopäde Dr. med. F. _____ blendete den wichtigen anamnestischen Aspekt einer möglichen Überlastung in seiner Stellungnahme vom 27. Juli 2016 (act. II 3/016 f.) vollkommen aus. Indem die Dres. med. C. _____ und F. _____ das Plicasyndrom als klar traumatisch und damit unfallkausal betrachteten, ohne sich mit anderen möglichen Ursachen auseinanderzusetzen, verfielen sie in eine unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten unzulässige (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist).

3.6 Das inkriminierte Unfallereignis vom 5. Januar 2016 mag wohl nicht nur die Bursitis praepatellaris, sondern allenfalls auch eine Irritation der Plica mediopatellaris am linken Knie hervorgerufen haben, diese mögliche Ursache für das Plicasyndrom ist nach dem Dargelegten aber nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Weil die natürliche Unfallkausalität allein aufgrund der vorhandenen Akten zu beurteilen ist (vgl. E. 3.5 hier vor), kann dahingestellt bleiben, ob das Beiziehen der intraoperativen Originalaufnahmen zu einer anderen Einschätzung geführt hätte. Dies zumal für eine Bejahung der Unfallkausalität die anderen möglichen Ursachen hätten ausgeschlossen müssen, wozu auch die vollständige, über das Sturzereignis hinaus zurückreichende Krankengeschichte zwingend hätte ediert werden müssen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin richtigerweise davon ausging, die natürliche Unfallkausalität der linksseitige Bursitis praepatellaris sei spätestens am 7. April 2016 weggefallen bzw. bezüglich des Plicasyndroms am linken Knie fehle es von vornherein an einer leistungs begründenden Unfallkausalität. Sie terminierte die vorübergehenden Leistungen damit zu Recht unter Verneinung einer weiteren Leistungspflicht per 6. April 2016. Die gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juli 2017 (act. II 044-053) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Angesichts des im Rahmen der Kostenliquidation miteinzubeziehenden vorprozessualen Verhaltens des Beschwerdeführers (Verletzung der Mitwirkungspflicht im Verwaltungsverfahren) sowie des Umstands, dass er beruflich selbst im Bereich der Sozialversicherung tätig ist, bewegt er sich an der Grenze der mutwilligen und leichtsinnigen Prozessführung (vgl. BGE 124 V 285 E. 4b S. 288, 112 V 333 E. 5a S. 334; SVR 2007 IV Nr. 19 S. 69 E. 2.2; UELI KIESER, a.a.O., Art. 61 N. 68), weshalb für das vorliegende Verfahren in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG noch keine Verfahrenskosten zu erheben sind.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer von vornherein keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zusprechung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus. Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Prozessgrundsatz liegt vorliegend nicht vor (vgl. E. 4.1 hiavor; BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

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.