

200 18 454 UV  
KOJ/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Dezember 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Postfach, 8010 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018  
(Schaden-Nr. 2016 7360531)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Bagatellunfall-Meldung am 26. Februar 2016 eine Treppenstufe verfehlte und auf das linke Knie stürzte (Akten der Allianz, Antwortbeilage [AB] 1). Mit formlosem Schreiben vom 25. Juli 2016 (AB 25) gewährte die Allianz im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst für die Verletzung der Gelenksbinnenstruktur die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung, während sie gleichzeitig eine Leistungspflicht für den Knorpelschaden und die (Partial-)Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) verneinte. Hiermit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (AB 27), worauf die Allianz gestützt auf eine medizinische Aktenbeurteilung (AB 32, 37) mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 38) einen Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen vollständig verneinte. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 40), basierend auf erneuten medizinischen Aktenbeurteilungen (AB 59, 61, 65), mit Entscheid vom 15. Mai 2018 (AB 70) fest.

### **B.**

Mit Eingabe vom 15. Juni 2018 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben. Er beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, «die Kosten für die ACT-Behandlung» zu übernehmen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen bzw. subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, «Leistungen in der Höhe der Alternativbehandlung» zu bezahlen.

In der Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Replicando hat der Beschwerdeführer am 17. September 2018 an seinen Rechtsbegehren festgehalten und ein weiteres Beweismittel ins Recht gelegt (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilagen [BB] 7).

Mit Duplik vom 23. Oktober 2018 hat die Beschwerdegegnerin ihren Antrag bestätigt.

### **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. 1 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.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26. Februar 2016 und dabei, gemäss seinem Hauptbegehren, insbesondere die Kostenvergütung für die mittels zwei Operatio-

nen vom 15. August bzw. 19. September 2016 durchgeführte autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT; AB 49/4). Da im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung das Naturalleistungsprinzip gilt (vgl. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, Unfallversicherungsrecht, in: ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 968 N. 196), ist das entsprechende Rechtsbegehren nach seinem erkennbaren, wirklichen Sinn (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 32 N. 11) als Antrag um Gewährung von Heilbehandlung zu interpretieren.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 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 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** 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

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 blosser 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).

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 blosser 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).

## **2.3**

**2.3.1** 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 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).

**2.3.2** 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; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

### **3.**

**3.1** Dass das Ereignis vom 26. Februar 2016 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Für den Unfall ist in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG), was sich im vorliegenden Fall indes nicht anspruchsrelevant auswirkt.

**3.2** Bevor die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 38) bzw. Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 (AB 70) integral und ab initio verneinte, hatte sie diese mit formloser Mitteilung vom 25. Juli 2016 (AB 25) zumindest für die Verletzung der Gelenksbinnenstruktur des linken Knies explizit bejaht und auch einzelne Leistungen erbracht (AB 47). Weil sie in diesem spezifischen Zusammenhang das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannte, liegt die Beweislast für das Dahinfallen des diesbezüglichen Kausalzusammenhangs grundsätzlich bei ihr (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010, E. 5.1). Die Rechtsprechung zur Umkehr der Beweislast (vgl. E. 2.2 hiervor) kommt hingegen hinsichtlich des Knorpelschadens und der VKB-Ruptur, für welche die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht von Anfang an bestritt (AB 25), nicht zur Anwendung (vgl. Entscheide des BGer vom 14. Oktober 2015, 8C\_444/2015, E. 4.6, sowie vom 15. Mai 2014, 8C\_805/2013, E. 4.3).

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

**3.3.1** Der am 10. Mai 2016 erstkonsultierte (AB 1 Ziff. 9) Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, veranlasste

eine bildgebende Untersuchung des linken Kniegelenks. Die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_, beides Fachärzte für Radiologie, vermerkten im entsprechenden Befundbericht vom 12. Mai 2016 (AB 2 [= AB 8/2]) über das gleichentags (richtig wohl: am 11. Mai 2016 [vgl. BB 5]) angefertigte MRI unter anderem als führenden pathologischen Befund einen fast 1 cm<sup>2</sup> grossen Knorpeldefekt direkt in der Tragzone des medialen Kompartiments am medialen Femurkondylus, daneben auch Partialläsionen des VKB sowie des Ligamentum collaterale mediale (MCL), degenerative retropatelläre Knorpelveränderungen im Rahmen der Altersnorm sowie einen dem Hoffa-Fettkörper aufliegenden Bluterguss. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte gestützt darauf eine unfallbedingte Knorpelfraktur (AB 3 f., 6 Ziff. 5).

**3.3.2** Im Konsiliarbericht vom 3. Juni 2016 (AB 7) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose einen drittgradigen Knorpelschaden am medialen Femurkondylus (2.0 cm x 1.2 cm) des linken Kniegelenks bei Status nach Treppensturz mit direktem Kniegelenks-Kontusionstrauma vom 26. Februar 2016 fest. Er veranlasste konventionelle Röntgenaufnahmen (Ganzbeinaufnahme bzw. Knie links mit anterior-posterior-Projektion vom 3. Juni 2016 [AB 7/6]), ging von einer traumatischen Knorpelabsprennung aus und empfahl eine ACT.

**3.3.3** Die Beschwerdegegnerin legte das Dossier zur Prüfung der Kausalität sowie der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der vorgesehenen ACT dem medizinischen Beratungsdienst der G.\_\_\_\_\_ AG vor. In der entsprechenden Aktenbeurteilung vom 12. Juli 2016 (AB 20/3-5) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nebst dem Knorpelschaden eine VKB- und MCL-Partialruptur sowie degenerative Kniegelenksveränderungen (mukoid veränderte Menisken, retropatelläre Chondropathie). Er bejahte die natürliche Unfallkausalität der beklagten Beschwerden im Sinne einer vorübergehenden Veränderung eines unfallfremden Vorzustandes, wobei der Status quo sine vel ante am 31. Mai 2016 eingetreten sei. Unter Würdigung des MRIs vom 11. Mai 2016 vertrat er die Auffassung, die Schädigung der Gelenkbinnenstruktur (MCL-Partialruptur, Hämatom im Hoffa-Bereich) sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, bezüglich des Knorpelschadens und der VKB-Partialruptur sei

eine Unfallkausalität dagegen nur möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Die geplante ACT sei weder zweckmässig noch wirtschaftlich und angesichts der kleinen Ausdehnung (der Defektzone) werde das Endergebnis bei sachgerechter Behandlung (Kniearthroskopie, Knorpel-Débridement, Teilbelastung postoperativ) identisch zum Prozedere mit ACT ausfallen.

**3.3.4** In weiteren Aktenbeurteilungen vom 23. August bzw. 7. Oktober 2016 (AB 32, 37) hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, als Diagnose einen 1 cm im grössten Durchmesser messenden Knorpelschaden der medialen Femurkondyle am rechten (sic!) Kniegelenk, bei gleichzeitig vorliegender Insuffizienz von VKB und MCL, fest. Er wies darauf hin, dass der Knorpelschaden im ursprünglichen MRI-Befundbericht (AB 2) noch mit einer Grösse von weniger als 1 cm<sup>2</sup> beschrieben worden sei, wogegen sich in der Interpretation des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (AB 7) unerklärlicherweise ein weit grösserer Defekt von 2.0 cm x 1.2 cm finde. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ verneinte in Bezug auf den Knorpelschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine natürliche Unfallkausalität und ging auch hinsichtlich der VKB- und MCL-Partialruptur von einem Vorzustand aus. Er nahm an, dass es durch das Unfallereignis allenfalls zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei, wobei er einräumte, diese Frage liesse sich nach einer dokumentationslosen Verzögerung von 14 Wochen, ohne brauchbare Angaben der Anamnese des Ereignisses sowie ohne zeitgerecht vorliegende klinische und bildgebende Untersuchungsbefunde, nicht beantworten. Aufgrund der widersprüchlichen Angaben seien jedenfalls die Kriterien zur Kostenübernahme der ACT (Defektgrösse, BegleitleSIONen, bidirektionale Knieinstabilität) nicht erfüllt.

**3.3.5** In einem zweizeitigen Verfahren wurde am 15. August bzw. 19. September 2016 am linken Knie des Beschwerdeführers eine ACT durchgeführt. Der erste Eingriff umfasste eine diagnostische Kniearthroskopie, eine Entfernung freier Gelenkskörper, eine Knorpelglättung retroapatellär, ein Débridement des Knorpelschadens des medialen Femurkondyus' sowie die Entnahme zweier Knorpelbiopsien für die Folgeoperation. Als Indikationsdiagnose wurde im Operationsbericht (AB 49/2) unter anderem

ein Knorpelschaden von 2.5 cm<sup>2</sup> aufgeführt, wobei der Operateur Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aufgrund der intraoperativen Erkenntnisse einen Schaden mit einer Längsausdehnung von etwa 2.2 cm und eine Querausdehnung von etwa 1.2 cm beschrieb. Anlässlich des zweiten Eingriffs führte er die Chondrozyten-Transplantation durch (AB 49/3; vgl. auch AB 50).

Unter Berücksichtigung der bildgebenden MRI-Untersuchungen des linken Kniegelenks vom 1. Februar (AB 51; welches unter anderem einen Status nach ACT in die Belastungszone des medialen Femurkondylus über axial 1.6 cm zeigte) bzw. 9. Oktober 2017 (AB 55) beschrieb Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Oktober 2017 (AB 56) einen regelrechten postoperativen Verlauf und schloss die Behandlung ab.

**3.3.6** Im Rahmen des Einspracheverfahrens verfasste Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin am 23. Dezember 2017 eine Aktenbeurteilung (AB 59). Er diagnostizierte eine traumatische Knorpelläsion am medialen Femurkondylus links (ICD-10: S83.3), ging mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass diese Gesundheitsschädigung zumindest teilweise Folge des Unfalls sei und verneinte das Vorliegen eines unfallfremden Vorzustandes. Er gelangte zum Schluss, dass die medizinischen Voraussetzungen zur Indikation einer ACT formal nicht erfüllt seien, da die von zwei unabhängigen Radiologen beschriebene Defektgrösse die geforderte Mindestausdehnung klar unterschreite. Auf keinem der verwertbaren Bilder sei ein Knorpelschaden dokumentiert, welcher das (von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ angegebene) Ausmass von 2.2 cm x 1.2 cm erreiche. Da im Operationsbericht (AB 49/2 f.) auch nur von einer bescheidenen Delamination des Randbereiches die Rede sei, dürfte es sich bei der Schätzung des Ausmasses des Knorpelschadens (durch den Operateur) um eine eher grosszügige Interpretation handeln.

Auf Rückfrage der Verwaltung (AB 60) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ am 25. Januar 2018 präzisierend fest, die Informationen in Bezug auf die vorhandenen Zusatzschäden am Kniegelenk seien nicht so, dass daraus eine sichere Diagnose bezüglich eines Vorzustandes abgeleitet werden könne. Wohl hätten degenerative Veränderungen der Menisken bestanden, die Veränderungen am VKB und MCL seien dagegen nicht als vorbestehend

zu taxieren. Die vorhandenen bildgebenden Unterlagen erlaubten keine Aussage darüber, wie alt der abgebildete Knorpelschaden tatsächlich sei. Zu beachten sei aber, dass im hausärztlichen Bericht vom 23. Mai 2016 (AB 6) klar von einem akuten Schmerzereignis als Folge des Unfalls die Rede sei. Ob damit anlässlich des Unfallereignisses ein Vorzustand symptomatisch geworden sei, könne nicht mit der erforderlichen Sicherheit beurteilt werden. Jedenfalls sei radiologisch zweifelsfrei ein rezentes Trauma postuliert worden, weil anlässlich des MRIs vom 11. Mai 2016 (AB 2) im vorderen Gelenksteil ein grösserer, partiell organisierender Bluterguss dem Hoff-Fettkörper aufliegend beschrieben worden sei. Damit sei bewiesen, dass das Kniegelenk ein relevantes Trauma erlitten habe. Dieses habe zu einer – noch mehr als drei Monate später sichtbaren – Blutung im vorderen Gelenksteil geführt. Ein Trauma, das eine derartige Blutung zur Folge habe, sei geeignet, den beschriebenen medialen Knorpelschaden zu verursachen (AB 61).

**3.3.7** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ äusserte sich am 1. Februar 2018 dahingehend, dass auf dem 11. Arthroskopie-Bild (AB 50/16 [=BB 6]) der skalierte Tasthaken zu sehen sei, bei welchem jede Lasermarkierung einer Distanz von 5 mm entspreche. Auch bei vorsichtiger Defektgrössenbestimmung sei eine Längsausdehnung des Schadens von 20 mm nachvollziehbar. Auch eine Querausdehnung des teils ausgefransten Schadens von mindestens 10 mm erscheine uneingeschränkt nachvollziehbar. Im initialen MRI vom 11. Mai 2016 (AB 2) sei nicht nur ein Knorpeldefekt von 1 cm<sup>2</sup> angeführt, sondern auch dezidiert festgehalten worden, dass ein relevantes Begleitödem bestanden habe, dass aber noch keine bandförmige Nekrose vorliege. Eine solche Beschreibung impliziere ein grösseres Trauma. Es sei bekannt, dass bei entsprechendem Impact im Rahmen des Unfallereignisses Gelenkknorpelschäden eintreten könnten, welche in der initialen Bildgebung nicht zwingend ersichtlich sein müssten, später aber – als Folge des Unfalls – sehr wohl Relevanz bekämen. Schliesslich könne die Bemessung des Unfall-MRIs (AB 2) sehr wohl so erfolgen, wie er dies im Konsiliarbericht (AB 7) vermerkt habe, sofern man nicht nur das hauptgeschädigte Knorpelareal berücksichtige, sondern auch die Defektausläufer, die Defektgeometrie und somit das nach Präparation des Knorpelschadens zur Schaffung stabiler Ränder resultierende Defektausmass bereits initial mit-

berücksichtige. Die Defektgrösse habe eine Fläche von 2 cm<sup>2</sup> überschritten, weshalb die ACT sehr wohl indiziert gewesen sei (AB 63).

Nachdem Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in einer Stellungnahme vom 22. Februar 2018 (AB 65) argumentiert hatte, dass auf keinem der Operationsbilder (AB 50/3-28) ein Tasthaken mit Lasermarkierung ersichtlich sei, legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit E-Mail vom 12. Juni 2018 (BB 3) ein Bild des initialen MRIs vom 11. Mai 2016 mit Vermassung der Defektzone (20.1 mm x 11.3 mm) auf (BB 5). Gleichzeitig erklärte er unter Verweis auf eine beigelegte wissenschaftliche Arbeit (BB 4), kernspintomographisch erfolge häufig eine Unterschätzung der realen Defektgrösse, es bestehe ein ganz eklatanter Unterschied zwischen der kernspintomographischen und der intraoperativen, absolut objektiven Visualisierung.

**3.3.8** Im Rahmen des rechtshängigen Beschwerdeverfahrens hat die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (AB 74) eine «Zweitmeinung» zur initialen MRI-Untersuchung durch Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, veranlasst. Dieser ist im Bericht vom 2. Juli 2018 (AB 77) zum Schluss gelangt, dass der tief reichende Knorpeldefekt (Grad IV) im gewichtstragenden Abschnitt des medialen Femurkondylus links eine Ausdehnung von 1.2 cm<sup>2</sup> habe.

**3.3.9** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat mit E-Mail vom 9. August 2018 (BB 7) nochmals darauf hingewiesen, dass sich die Beurteilung der Grösse des Knorpelschadens radiologisch und klinisch intraoperativ unterscheidet. Im MRI würden nur die Knorpelareale detektiert, welche fehlten, nicht aber die Bereiche erfasst, in denen der Knorpel von der Unterfläche abgelöst (delaminiert) oder strukturell aufgebrochen ist. Gemäss einer wissenschaftlichen Publikation betrage die durchschnittliche Abweichung im Sinne einer Unterschätzung der Defektgrösse 70 %. Diese Differenz treffe auch beim Beschwerdeführer zu, so dass trotz der radiologischen Messung von 1.23 cm<sup>2</sup> ein tatsächliches Defektflächenausmass von über 2 cm<sup>2</sup> vorgelegen habe.

**3.4** 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).

Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinernen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

**3.5** Die natürliche Unfallkausalität der linksseitigen Knieverletzung ist aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen. Zwar ging Dr. med. H. \_\_\_\_\_ davon aus, dass lediglich die Schädigung der Gelenkbinnenstruktur mit dem erforderlichen Beweisgrad vom Unfall herrühre, jene des Knorpelschadens und des VKB hingegen nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sei (AB 20/4 Ziff. 9). Auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ verneinte die Unfallkausalität in Bezug auf den Knorpelschaden (AB 32/3 f. Ziff. 2.1), wobei er im Widerspruch dazu eine vorübergehende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes postulierte (AB 32/4 Ziff. 2.3) und damit dem Ereignis vom 26. Februar 2016 zumindest eine Teilkausalität beimass. Diesen Widerspruch vermochte er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Oktober 2016 (AB 37) nicht vollständig auszuräumen. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zeigte jedoch letztlich nachvollziehbar und überzeugend auf, dass auch dieser spezifische Kniegelenksschaden auf das versicherte Ereignis zurückzuführen ist (AB 59/5 Ziff. 2.1, 61/2 Ziff. 1). Dass dieser beratende Arzt der Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer nicht klinisch explorierte, ist dabei nicht zu beanstanden, konnte er sich hinsichtlich dieser Frage aufgrund der vorhandenen Akten doch ein gesamthaft lückenlo-

ses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Unbesehen des Dispositivs (Entscheidformel) des angefochtenen Einspracheentscheids vom 15. Mai 2018 (AB 70) schien die Beschwerdegegnerin im besagten Verwaltungsakt – anders als noch in der diesem zugrunde liegenden Verfügung vom 5. Dezember 2016 (AB 38) – die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität des Knorpelschadens denn auch anzuerkennen, argumentierte sie doch mit dem Fallabschluss und behielt das Melderecht für Rückfälle und Spätfolgen vor (70/9 f. Rz. 35 ff.; vgl. dazu auch Replik S. 2 Ziff. III Ziff. 4). Fraglich bleibt hingegen die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der durchgeführten ACT.

#### **4.**

**4.1** Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Eine Behandlung gilt dann als zweckmässig im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG, wenn sie wissenschaftlich anerkannt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot in Art. 54 UVG genügt, wonach sich die Behandlung auf das durch den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 UVG). Es gelten somit ähnliche Voraussetzungen für die Heilbehandlung im Unfallversicherungsrecht wie für die Kostenübernahme im Krankenversicherungsrecht (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit), weshalb im Wesentlichen auch der gleiche Leistungsumfang besteht (vgl. KIESER/GEHRING/BOLLINGER, KVG/UVG Kommentar, 2018, Art. 10 Rz. 3; RUMOJUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 102 f.).

**4.2** Für die hier strittige ACT empfiehlt die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) mit Beschluss vom 16. Juni 2016 (gültig ab 5. August 2016; AB 75/2 f.; abrufbar unter <[www.mtk-ctm.ch](http://www.mtk-ctm.ch)>, Rubrik: Beschlüsse/Beschlüsse zu Leistungen & Technologien) den Trägern der obligatorischen Unfallversicherung eine bis Ende 2019 befristete Kostenübernahme für symptomatische Knorpelläsionen entsprechend der Liste «Indikationen und Kontraindikationen für ACT im Kniegelenk (Version 26.10.2011)» nach

Einzelfallprüfung. Auch im Zweig der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird im Anhang 1 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31), unter Verweis auf das entsprechende Faktenblatt Nr. 2016.131.725.01-1 (Version vom 26. Oktober 2011; AB 75/4 f.; abrufbar unter <www.mtk-ctm.ch>, a.a.O.), eine Leistungspflicht während der Evaluationsphase bejaht. Die darin figurierenden Indikationen Nrn. 1-9 müssen kumulativ erfüllt sein, während die Indikation Nr. 10 (Alter bis 55 Jahre) als Richtwert anzusehen ist. Tritt eine Kontraindikation ein, wird das Kostengutsprachegesuch abgewiesen (Faktenblatt Nr. 2016.131.725.01 Ziff. 3 lit. a). Dem Leistungsgesuch ist unter anderem ein MRI beizulegen, das den Knorpelschaden ausweist im Original und mit fachradiologischem Befund, der zur Ausdehnung und zur Tiefe des Knorpelschadens bzw. des osteochondralen Defekts Stellung nimmt (Faktenblatt Nr. 2016.131.725.01-1 S. 2 Ziff. 1). Soweit die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 15. Mai 2018 (AB 70) offenbar davon ausging, für den Anspruch auf eine ACT wäre zusätzlich ihre vorgängige Gutsprache erforderlich gewesen (Rz. 20), referenzierte diese Aussage auf die Vorschrift gemäss KLV Anhang 1. Wenngleich die versicherte Person im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich nicht das Recht hat, eine ärztliche Behandlung von sich aus zu beginnen oder eine bestimmte Behandlungsart frei zu wählen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 102), steht der Umstand, dass die ACT bereits durchgeführt wurde, einer nachträglichen Leistungszusprache nicht entgegen. Dies zumal die MTK explizit auch das Vorgehen für den Fall bestimmt hat, dass das Gesuch erst nach dem Eingriff eingereicht wird (Faktenblatt Nr. 2016.131.725.01-1 S. 2 Ziff. 5).

**4.3** Als Nr. 2 der Indikationenliste wird eine Defektgrösse «im MRI oder arthroskopisch beschrieben» von 2-6 cm<sup>2</sup> gefordert. Allein diese Indikation ist zwischen den Parteien umstritten, während die weiteren von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bejahten Indikationen bzw. verneinten Kontraindikationen zu keinen Weiterungen Anlass geben. Zwar wurden (vom wem, ist unklar) auf dem betreffenden Faktenblatt (AB 7/3 f.) bei der Indikation Nr. 8 und der Kontraindikation Nr. 5 zusätzlich Fragezeichen vermerkt. Diese Punkte betreffen indes eine allfällige Knieinstabilität, wofür sich in den medizini-

schen Akten – auch wenn eine Partialläsion bzw. -ruptur zweier Bänder bzw. eine diesbezügliche Insuffizienz festgestellt wurde (AB 2, 20/3 Ziff. 2, 32/3 Ziff. 1.6) – keine hinreichenden Anhaltspunkte ergeben. Die diesbezüglichen Kriterien sind denn auch von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht in Frage gestellt worden.

Die in der Indikation Nr. 2 empfohlene minimale Defektgrösse rechtfertigt sich offenbar damit, dass sich die ACT von allen anderen zur Verfügung stehenden Techniken dadurch unterscheidet, dass sie auch bei grösseren Defekten anhaltend wirksam ist. Die ACT hat deshalb Vorteile bei Knorpeldefekten, die eine kritische Grenze für Alternativverfahren darstellen (vgl. PHILIPP NIEMEYER et al., Stellenwert der autologen Chondrozytentransplantation [ACT] in der Behandlung von Knorpelschäden des Kniegelenks – Empfehlungen der AG Klinische Geweberegeneration der DGOU, in Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, 2013, Ausgabe 1, S. 42). «Goldstandard» für die Einteilung von Knorpeldefekten ist dabei die offene bzw. arthroskopische Evaluation. Die Klassifikation von Knorpelläsionen kann aber auch anhand von bildgebenden Verfahren erfolgen. Zwischen offener und arthroskopischer Beurteilung der Defektgrösse besteht eine hohe Korrelation, jedoch ist die Reliabilität der arthroskopischen Evaluation noch verbesserungswürdig. So wird arthroskopisch die Defektgrösse (vor allem bei kleinen Läsionen) eher *überschätzt* im Vergleich zur offenen Begutachtung (vgl. THOMAS TISCHER, Klassifikation von Gelenkknorpelschäden, in FRITZ/ALBRECHT/NIEMEYER [Hrsg.], Knorpeltherapie, 2016, S. 61). Gemäss der von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (BB 3) angeführten Studie (BB 4) wird die Defektgrösse des Knorpelschadens bei präoperativen MRIs im Vergleich zur arthroskopischen Beurteilung wiederum *unterschätzt* (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 2 Ziff. 10).

**4.4** Die MTK-Empfehlung lässt für die Indikation Nr. 2 eine Beurteilung der Defektgrösse nach dem Gesagten sowohl mittels MRI als auch arthroskopisch zu. Vorliegend wurde die Grösse des Knorpelschadens am linken Knie sowohl anhand eines präoperativ angefertigten MRIs vom 11. Mai 2016 (AB 2, 7/1, 32/3 Ziff. 1.4, 77; BB 3, 5) als auch intraoperativ anlässlich der Arthroskopie vom 15. August 2016 (AB 49/2) bzw. mittels der dabei

angefertigten Aufnahmen (AB 50/3-28; BB 6) beurteilt (AB 63/2). Die involvierten Fachärzte gelangten dabei zu divergierenden Schlüssen:

**4.4.1** Die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ gingen von einer Defektgrösse von «fast 1 cm<sup>2</sup>» aus (AB 2). Einerseits spricht für diese initiale Beurteilung die Unabhängigkeit der Radiologen. Andererseits basiert ihre Schätzung allein auf der Bildgebung und damit auf einer etwas weniger zuverlässigen Messmethode, bei welcher gemäss der von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erwähnten Studie (welche weder von der Beschwerdegegnerin noch seitens der von ihr beigezogenen Experten in Frage gestellt wurde) die Defektgrösse tendenziell unterschätzt wird (vgl. E. 4.3 hiervor).

**4.4.2** Gemäss den Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_ sowie Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, allesamt beratende Ärzte der Beschwerdegegnerin, ist das geschädigte Areal gestützt auf die ihnen unterbreitete Bildgebung weniger als 2 cm<sup>2</sup> gross (AB 32/3 Ziff. 1.4, 59/6 Ziff. 4.2, 77). Für ein Abstellen auf deren Angaben sprechen die fachärztliche Kompetenz und ihre im Ergebnis übereinstimmende Einschätzung. Der Beweiswert ihrer Beurteilung wird indes dadurch geschmälert, dass diese wiederum allein auf einer MRI-Messung beruht, die offenbar anfällig für Missinterpretationen sein kann (vgl. E. 4.3 hiervor).

**4.4.3** Laut Dr. med. F.\_\_\_\_\_ wurde die geforderte Mindestgrösse des Knorpelschadens von 2 cm<sup>2</sup> übertroffen. Er mass Ausdehnungen von 2.0 cm x 1.2 cm (= 2.4 cm<sup>2</sup>; AB 7/1), 2.2 cm x 1.2 cm (= 2.64 cm<sup>2</sup>; AB 49/1) sowie 20.1 mm x 11.3 mm (= 2.27 cm<sup>2</sup>; BB 5). Für dessen Angaben spricht insbesondere, dass er den Knorpelschaden anlässlich der Kniearthroskopie vom 15. August 2016 direkt (AB 49/2), mithin im Vergleich zur MRI-Messung unter optimaleren Verhältnissen (vgl. E. 4.3 hiervor) unmittelbar am betroffenen Femurkondylus, beurteilen konnte. Zudem korreliert die intraoperative Messung mit seiner Interpretation des MRIs vom 11. Mai 2016 (BB 5). Gestützt werden die Angaben des Operateurs auch von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, welcher eine Reevaluation seiner ursprünglich ablehnenden Auffassung anhand einer sauberen Befunddokumentation anlässlich eines allfälligen Eingriffs vorbehielt (AB 20/5 Ziff. 9); mit den Angaben von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ liegt eine solche Dokumentation nun vor. Gegen die Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ spricht hingegen, dass arthro-

skopisch die Defektgrösse im Vergleich zur offenen Begutachtung eher überschätzt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) und er anlässlich der am 19. September 2015 mittels normaler Schnitttechnik durchgeführten medialen Arthrotomie (AB 49/4, 50/3) keine klare offene Evaluation durchführte. Hinzu kommt dessen direkte Betroffenheit als Behandler, hat das Gericht doch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, sodass im Streitfall eine Leistungszusprache einzig gestützt auf deren Angaben kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; 125 V 351 E. 3a/cc S. 353; Entscheid des BGer vom 21. Juni 2017, 8C\_180/2017, E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen).

**4.5** Die ungleichen Messergebnisse und Interpretationen des Knorpel-schadens am linken Knie ergeben sich offenbar auch aus der unterschiedlichen Auffassung der beteiligten Ärzte, was überhaupt als Knorpelschaden zu gelten hat bzw. ob darunter auch die von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ beschriebene «begleitende ödemartige subkortikale Knochenmarksveränderung» (AB 77) zu verstehen ist. Die Beschwerdegegnerin hält dafür, dass die Defektgeometrie nicht mitberücksichtigt werden dürfe (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Rz. 13; Duplik S. 4 Ziff. III Ziff. 7), während der Beschwerdeführer darauf hinweist, dass eine derartige Einschränkung dem einschlägigen MTK-Faktenblatt nicht zu entnehmen sei. Er argumentiert sinngemäss, dass auch Bereiche erfasst werden müssten, in denen der Knorpel von der Unterfläche abgelöst (delaminiert) oder strukturell aufgebrochen sei, da die Membran auf defektem Gewebe nicht verankert werden könne und diese Areale im Rahmen einer Operation mit zu behandeln seien (Replik S. 3 f. Ziff. III Ziff. 6 ff.). Das MTK-Faktenblatt Nr. 2016.131.725.01-1 enthält keine spezifische Definition des traumatischen Knorpelschadens, es besteht denn auch eine grosse Heterogenität bei der Definition dieses Begriffs (vgl. SPAHN/HOFFMANN, Risiko und Spontanverlauf von Gelenkknorpelschäden, in FRITZ/ALBRECHT/NIEMEYER [Hrsg.], a.a.O., S. 22 ff.). Zwar verweist die Indikation Nr. 1 auf die Klassifikationen nach Outerbridge und ICRS, wobei jeweils ein isolierter Schaden des Kniegelenks im Stadium III-IV verlangt wird. Die Klassifikation nach Outerbridge beurteilt vor allem die Grösse des Knorpelschadens (Stadium

III: Fragmentierung und Rissbildung > 1.5 cm), während die ICRS-Klassifikation eine exaktere Klassifikation der Tiefenausdehnung ermöglicht (Grad III: Knorpeldefekt > 50 % der normalen Knorpeldichte; vgl. TISCHER, a.a.O., S. 61 ff.). Klar ist mit Blick auf die Klassifikation nach Outerbridge jedenfalls, dass eine blosser Erweichung und Schwellung des Knorpels nicht genügt (Grad I), es zumindest zu einer Fragmentierung und Rissbildung des Knorpels gekommen sein muss, eine Knorpelerosion bis zum Knochen (Grad IV) hingegen nicht zwingend ist.

**4.6** Der Beschluss der MTK vom 16. Juni 2016 ist ähnlich wie eine Verwaltungsweisung (vgl. BGE 142 V 425 E. 7.2 S. 434) geeignet, eine rechtsgleiche Praxis sicherzustellen, so dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Heilbehandlungsanspruchs in Form der ACT darauf abstellen durfte (vgl. BVR 2018 S. 22). Indes kann einerseits keine der erwähnten ärztlichen Einschätzungen in Bezug auf die Defektgrösse des Knorpelschadens von vornherein verworfen werden, andererseits überzeugt aber keine für sich allein restlos. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die involvierten Ärzte den Knorpelschaden offenbar unterschiedlich definieren, wobei dieser Aspekt eine medizinische Frage beschlägt, welche nicht vom Gericht zu beantworten ist. Da die Einschätzung des behandelnden Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zumindest geringe Zweifel an den Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag, durfte diese nicht ohne ergänzende Abklärungen über den Heilbehandlungsanspruch befinden (vgl. E. 3.4 hiavor).

Damit erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist folglich im Sinne des Eventualbegehrens (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 2 und S. 6 Ziff. III Art. 2 Ziff. 15) in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) weitere Erhebungen durch eine unabhängige, mit der vorliegenden Sache bisher noch nicht befassten Stelle veranlasst. Diese hat die Grösse der Knorpelschädigung unter Berücksichtigung der bereits erfolgten bildgebenden bzw. allfälliger weiterer Untersuchungen retrospektiv zu bestimmen. Dabei wird sowohl den Unsicherheiten bei den verschiedenen Messverfahren (vgl. E. 4.3 hiavor) Rechnung zu tragen wie auch zu prüfen und zu begründen

sein, welche Veränderungen einem Knorpelschaden im Sinne der Indikation Nr. 2 des MTK-Faktenblattes entsprechen (vgl. dazu E. 4.5 hiervor). Erst wenn diese weiteren Abklärungen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2) zu keinem klaren Ergebnis führen sollten, mithin eine Beweislosigkeit vorläge, würde die dargestellte Beweislastverteilung (vgl. E. 3.2 hiervor) greifen.

## **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** Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteikosten werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2018 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 3'844.80 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

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

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 15. Mai 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'844.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.