

200 18 673 UV
JAP/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Mai 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helsana Unfall AG
Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. August 2018 (1010.60160.15.6)



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seine Arbeitgeberin bei der Helsana Unfall AG (Helsana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 2. März 2015 fuhr der Versicherte am 14. Februar 2015 in ... mit einem Motorrad in ein Schlagloch und kam zu Fall. Als betroffener Körperteil wurden das rechte Knie, die Lunge (inkl. Atemwege) und der Thorax (Rippen, Brustkorb) rechts angeführt (Akten der Helsana [act. II] K1 und K8). Die Helsana anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. act. II K21 f., K41, K73). Nach dem Beizug verschiedener Arztberichte stellte sie die Taggeldleistungen mit formlosem Schreiben vom 31. Mai 2017 (act. II K95) per 30. Juni 2017 ein, da der Versicherte ab diesem Zeitpunkt wieder in der Lage sei, seine Arbeit voll aufzunehmen.

B.

Nachdem sich der Versicherte im Juli 2016 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet hatte, sprach ihm die IV-Stelle Bern (IVB) Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Coachings und Arbeitsvermittlung zu (Akten der IV [act. III] 7, 64, 65), wobei die berufliche Eingliederung mit Mitteilung vom 5. April 2018 (act. III 70) abgeschlossen wurde, da der Versicherte sich entschieden hatte, die angestammte Tätigkeit als ... bei einer Versicherung weiter auszuüben. Im weiteren Verlauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 11. Juli 2018 (act. III 76) ab 1. Januar 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 100% die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente und ab 1. März 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 60% die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente in Aussicht. Ab 1. Juli 2017 verneinte sie dagegen bei einem Invaliditätsgrad von 27% einen Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb sie den Rentenanspruch auf den 30. Juni 2017 befristete. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (act. III 94, 99).

C.

In der Zwischenzeit hatte die Helsana mit Verfügung vom 27. März 2018 (act. II K116) gestützt auf einen Bericht ihres beratenden Arztes Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. März 2018 (act. II M58) die Heilbehandlung per 31. März 2018 eingestellt, eine Integritätsentschädigung (bei einer Integritätseinbusse von 10%) zugesprochen und einen Rentenanspruch verneint. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. II K119) wies die Helsana mit Entscheid vom 7. August 2018 (act. II K125) ab.

D.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 14. September 2018 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

Der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2018 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden gesetzlichen Versicherungsleistungen nach UVG, insbesondere eine IV-Rente, in nach Abschluss des Beweisverfahrens noch zu bestimmender Höhe auszurichten.

Eventualiter:

Der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2018 sei aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 3. Januar 2019 edierte der Instruktionsrichter bei der IVB die amtlichen Akten, welche in der Folge am 8. Januar 2019 beim Gericht eingingen.

Im weiteren Verlauf verzichtete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 8. Februar 2019 auf das Einreichen von Schlussbemerkungen. In den

Schlussbemerkungen vom 4. April 2019 hielt der Beschwerdeführer insbesondere am geltend gemachten Anspruch auf eine Invalidenrente fest.

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 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 7. August 2018 (act. II K125). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. Februar 2015. Im Rahmen des einheitlichen Streitgegenstandes ist bei der Beurteilung des hier im Vordergrund stehenden Rentenanspruchs (Beschwerde S. 2 Ziff. I) auch die Frage des korrekten Fallabschlusses und damit der Anspruch auf Heilbehandlung sowie Taggeld zu prüfen (BGE 144 V 354).

Ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes liegt hingegen der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung, da die Verfügung vom 27. März 2018 (act. II K116) mangels diesbezüglicher Anfechtung (vgl. act. II K119 S. 2, K125 S. 4 Ziff. II/3; Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 4) in Teilrechtskraft erwuchs.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) 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). Der Beschwerdeführer erlitt den Motorradsturz am 14. Februar 2015 (act. II K1), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt, was sich hier jedoch nicht anspruchrelevant auswirkt.

2.2 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).

2.3 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3.1 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 entfele ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.2 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).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Juli 2018, 8C_210/2018, E. 3.2.3.1).

2.5

2.5.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

2.5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähig-

keit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung der Frage, ob sich die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung als offensichtlich unhaltbar erweist, muss auf die Aktenlage, wie sie sich den Organen der Invalidenversicherung bei Verfügungserlass präsentierte, abgestellt werden (BGE 126 V 308 E. 2a S. 311; SVR 2018 BVG Nr. 36 S. 134 E. 4.1).

2.5.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 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 gegebenenfalls 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 14. Februar 2015 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.2 hiavor) und danach unfallkausale Beschwerden insbesondere am rechten Knie aufgetreten sind (act. II1). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. u.a. act. II K21 f., K41, K73). Zu prüfen ist hingegen, ob bzw. in welchem Zeitpunkt der medizinische Endzustand eintrat und gegebenenfalls, welche medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit trotz allfälliger unfallbedingter Beschwerden noch zumutbar ist. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im ambulanten Behandlungsbericht des Spitals D. _____ vom 19. Februar 2015 (act. II M1) wurden eine Kniegelenksdistorsion rechts vom 14. Februar 2015 mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB), Riss des medialen Meniskushinterhorns, intratendinösem Riss des hinteren Kreuzbandes (HKB) und Teilruptur des Aussenbandes des Knies (LCL) sowie eine Rippenkontusion C IX-XII rechts lateral diagnostiziert (S. 1).

Im weiteren Verlauf wurde das rechte Knie des Beschwerdeführers am 22. Mai 2015, am 17. Dezember 2015 und am 19. Dezember 2016 durch die Fachärzte des Spitals D. _____ resp. des Spitals E. _____ operativ saniert (act. II M7, M22, M44). In den diesbezüglich erstellten zahlreichen medizinischen Berichten wurden die Beschwerden und deren Heilungsverlauf ausführlich dargestellt. Konkrete Ausführungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlen in den meisten Berichten jedoch, weshalb diese für die Beurteilung derselben nicht behilflich sind.

3.1.2 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 3. Mai 2017 (act. II M51) diagnostizierten Dr. med. F. _____ und Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Status nach zirkumferenzieller Arthrolyse, Trimmen des VKB sowie Narkosemobilisation des rechten Kniegelenks am 15. Dezember 2016, eine persistierende Bewegungseinschränkung bei Arthrofibrose rechtes Kniegelenk und eine (Insertions)-Tendinopathie der distalen Quadrizepssehne links (S. 1). Es liege weiterhin eine unbefriedigende Situation vor. Es handle sich hierbei sowohl um ein Bewegungsdefizit als auch um ein Schmerzproblem. Eine Wiederaufnahme der Arbeit als ... zu 100% sei weiterhin nicht möglich. Noch sei es zu früh, den Behandlungserfolg abschliessend beurteilen zu können. Ferner attestierten die Ärzte weiterhin eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

Im Bericht vom 11. Mai 2017 (act. II M52) führte Dr. med. F. _____ aus, bei der zirkumferenziellen Arthrolyse, der Trimmung des VKB und der Narkosemobilisation handle es sich um eine Behandlung der persistierenden Bewegungseinschränkung infolge Arthrofibrose des rechten Kniegelenks. Ursächlich hierfür sei initial die VKB-Ruptur gewesen, welche mit einer VKB-Plastik mittels Quadrizeps im Mai 2015 behandelt worden sei. Aktuell stehe ein persistierendes Extensionsdefizit mit infrapatellär betonten

Schmerzen beim Stehen und Gehen im Vordergrund. Um das passive Bewegungsausmass des Kniegelenks zu verbessern würden physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt werden. Dadurch werde eine weitere Verbesserung der Streck- und Beugefähigkeit erwartet. Zurzeit sei der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als ... zu 50% arbeitsunfähig. Längeres Stehen und Gehen seien aktuell nicht möglich, da das Extensionsdefizit eine konstante Muskelspannung erfordere und deshalb zu Überlastung des rechten Kniegelenks führe. Es werde erwartet, dass der Beschwerdeführer in den nächsten ein bis zwei Monaten seine Tätigkeit wieder zu 100% aufnehmen könne.

3.1.3 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Prof. Dr. med. C._____ führte im Aktenbericht vom 31. Mai 2017 (act. II M53) aus, die weitere Behandlung sei zur Besserung des Bewegungsumfanges bei Streckdefizit erforderlich. Bei vorwiegend sitzender Tätigkeit wäre ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Für eine gehende und stehende Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit noch bis Ende Juni 2017 auf ca. 50% einzuschätzen (S. 2).

3.1.4 Im Bericht des Spitals E._____ vom 2. Oktober 2017 (act. II M54) wiederholten Prof. Dr. med. G._____ und med. pract. H._____ die zuvor gestellten Diagnosen (vgl. act. II M51). Der Beschwerdeführer berichte über eine leicht verbesserte Beweglichkeit nach durchgeführter Physiotherapie. Es bestehe weiterhin ein Beuge- und Streckdefizit. Zusätzlich zu den Kniebeschwerden mache sich nun noch der Rücken bemerkbar. Hauptproblematisch seien weiterhin das längere Gehen und das lange Stehen. Die Tätigkeit als ... habe der Beschwerdeführer wieder zu 100% aufnehmen können. Bei grösseren Belastungen oder längeren Ausstellungen müsse er jedoch Schmerzmedikamente einnehmen (S. 1).

Im Bericht des Spitals E._____ vom 11. Oktober 2017 (act. II M55) führten Prof. Dr. med. G._____ und Dr. med. I._____ aus, bildgebend liessen sich im Vergleich zu den Voraufnahmen im Jahr 2016 keine grossen Unterschiede feststellen. Daher könne dem Beschwerdeführer nur angeboten werden das VKB rauszunehmen oder weiter zuzuwarten. Überbrückend könne noch eine Cortison-Infiltration angeboten werden, was die

Schmerzen jedoch vermutlich nur vorübergehend lindern würde. Der Beschwerdeführer habe sich entschieden zunächst weiter zuzuwarten (S. 2).

Im Bericht des Spitals E. _____ vom 9. Januar 2018 (act. II M57) führten Prof. Dr. med. G. _____ und Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, der Beschwerdeführer berichte über weiterhin intermittierende Schmerzen (S. 1). Das VKB-Transplantat zu entfernen sei die ultimative Lösung. Diesem Vorgehen würden sie jedoch zurückhaltend gegenüberstehen. Nach ausführlicher Besprechung habe sich der Beschwerdeführer entschieden, (weiterhin) eine abwartende Haltung einzunehmen und bei ausgeprägter Beschwerdesymptomatik einen kurzfristigen Termin zur Infiltration des Gelenks einzuholen (S. 2).

3.1.5 Dr. med. K. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte im Aktenbericht vom 1. November 2017 (act. III 63) aus, bezüglich des Kniegelenks zeige sich eine leicht verbesserte Situation. Es bestünden noch Restbeschwerden bei längerem Gehen und Stehen. Die Tätigkeit als ... habe der Beschwerdeführer wieder zu 100% aufgenommen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die ausschliessliche Tätigkeit als ... mit häufigem Gehen und Stehen sicherlich nicht optimal. Hier sei medizinisch nachvollziehbar aktuell kein 100% Pensum möglich. In gut angepasster wechselbelastender Tätigkeit mit freiem Positionswechsel (sitzender Anteil ca. 40-50%), ohne längere Gehstrecken, ohne Bergabgehen, ohne repetitives Treppensteigen (z.B. gemischte ...- und ...-Tätigkeit) sei medizinisch-theoretisch ein 80-100% Pensum möglich (S. 5).

3.1.6 Prof. Dr. med. C. _____ führte im Aktenbericht vom 7. März 2018 (act. II M58) aus, seit seiner Beurteilung vom 31. Mai 2017 habe sich nichts Wesentliches verändert. Eine weitere regelhafte Therapie sei unfallbedingt nicht mehr indiziert (S. 4 Ziff. 1 f.). Das Kniegelenk sei stabil. Es habe jedoch durch die rezidivierenden Narbenbildungen und die damit verbundenen Meniskusschädigungen Schaden erlitten, der sich mittelfristig als Arthrose manifestieren werde. Der 54-jährige Beschwerdeführer müsse somit im weiteren Verlauf mit einer eventuell behandlungsbedürftigen Arthrose rechnen. Die eventuell in Zukunft praktizierten Cortison-Infiltrationen hätten eine symptomatische Wirkung und seien somit nicht als eigentliche Heil-

massnahme mit dauerhafter Wirkung zu verstehen. Die leicht eingeschränkte Beweglichkeit des Kniegelenks, insbesondere das Streckdefizit, sei eine weitere ungünstige Tatsache für eine auch in Zukunft sonst günstige Funktionalität des Kniegelenks (S. 5 Ziff. 3). Das Rückenleiden stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfall bzw. seiner Folgen. Es handle sich um ein eigenständiges Krankheitsbild, das sich bildgebend als degenerativ imponierend darstelle (S. 6 Ziff. 5).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, diagnostizierte im Aktenbericht vom 21. August 2018 (act. III 93) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Arthrofibrose des rechten Kniegelenks. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er namentlich eine leichtgradige Rückenlage betonte obstruktive Schlafapnoe, eine Tagesmüdigkeit mit Konzentrationsstörungen multifaktoriell, eine Diskopathie der Lendenwirbelsäule, eine Insertions-Tendinopathie der distalen Quadrizepssehne und eine noduläre Sarkoidose mit multiplen Lungennoduli beidseits an (S. 4 f.). Aufgrund der neu vorgelegten Befundberichte ergäben sich keine medizinischen Sachverhalte, welche die früheren medizinischen Einschätzungen veränderten. Es könne an der medizinischen Abklärung festgehalten werden (S. 5).

3.1.8 Im Bericht des Spitals E._____, vom 3. September 2018 (act. III 99 S. 5 f.) bestätigten Prof. Dr. med. G._____ und med. pract. M._____ die zuvor gestellten Diagnosen (vgl. act. II M51; S. 5). Es bestehe persistierend eine eingeschränkte Beweglichkeit sowohl in der Flexion als auch der Extension, die den Beschwerdeführer im Alltag zwar wenig einschränke, jedoch in seiner beruflichen Tätigkeit doch deutlich störe. Inwiefern dies eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertige, sollte mittels eines medizinischen Gutachtens beurteilt werden (S. 6).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____ hielt im Aktenbericht vom 4. Dezember 2018 (act. III 105) an seiner bisherigen Beurteilung und am bisher erstellten Zumutbarkeitsprofil fest. Der Bericht von Prof. Dr. med. C._____ vom 7. März 2018 (act. II M58) stehe im Einklang hierzu (S. 7).

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).

3.3 Hinsichtlich der Frage des Fallabschlusses (vgl. E. 2.4 hiavor) hat der beratende Arzt Prof. Dr. med. C. _____ im Bericht vom 7. März 2018 in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt, warum weitere medizinische Behandlungen unfallbedingt nicht mehr indiziert sind (act. II M58 S. 4 f.) und damit von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Diese Beurteilung steht im Einklang mit den vorliegenden Akten. So hat der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als ... nach den drei stattgefundenen Knie-Operationen (act. II M7, M22, M44) gemäss Bericht des Spitals E. _____ vom 2. Oktober 2017 (act. II M54) wieder zu 100% (bei fraglichem Rendement; vgl. E. 3.4 hiernach) aufnehmen können. Im Bericht vom 11. Oktober 2017 (act. II M55) beschrieben die behandelnden Ärzte nur noch eine symptomatische Behandlung mit Infiltrationen, um die Schmerzen vorübergehend zu lindern. Solche therapeutische

Massnahmen, die einzig dazu dienen, die sich aus einem stationär bleibenden Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu mildern, sind jedoch im Kontext des Fallabschlusses nicht massgebend (RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 145 Lemma 2). Dasselbe hat für die vom Beschwerdeführer weiterhin in Anspruch genommene Physiotherapie zu gelten, da diese durchgeführt wird, um den „gewonnenen Bewegungsradius beibehalten“ zu können (Beschwerde S. 8 Art. 8; Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4). Einer weiteren Re-Operation mit Entfernung des VKB-Transplantats standen die behandelnden Ärzte des Spitals E. _____ zurückhaltend gegenüber und der Beschwerdeführer entschied sich zuzuwarten (act. II M55 S. 2, M57 S. 2). Damit erweist sich die Festlegung des medizinischen Endzustands im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG auf Ende März 2018 mit anschliessender Rentenprüfung als korrekt.

3.4

3.4.1 Bezüglich der (ab März 2018) bestehenden Arbeitsfähigkeit kann vorliegend – entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (act. II K125 S. 6 Ziff. 7.1 f.) – nicht auf den Bericht von Dr. med. F. _____ vom 11. Mai 2017 (act. II M52) abgestellt werden, in welchem der behandelnde Arzt erwartet hat, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit „in den nächsten 1-2 Monaten [...] zu 100% wieder aufnehmen“ könne. Denn Dr. med. F. _____ nahm nur eine prognostische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, ohne sich mit dem Tätigkeitsprofil des Beschwerdeführers konkret auseinanderzusetzen. Zudem kam Dr. med. F. _____ zusammen mit Prof. Dr. med. G. _____ im – nur wenige Tage vorher erstellten – Bericht vom 3. Mai 2017 (act. II M51 S. 2) noch zum Schluss, dass es noch zu früh sei, den Behandlungserfolg abschliessend zu beurteilen.

Daran ändert nichts, dass Prof. Dr. med. C. _____ im Bericht vom 31. Mai 2017 (act. II M53) in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit ab sofort eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hat, da das entsprechende Zumutbarkeitsprofil der bisher ausgeübten Tätigkeit im ... offensichtlich nicht entspricht (vgl. die entsprechenden Angaben im Fragebogen für Arbeitgebende vom 8. Mai 2017; act. III 49 S. 5). Im Bericht vom 7. März 2018 (act. II M58) äusserte sich der beratende Arzt nicht mehr zur medizinisch-

theoretischen Arbeitsfähigkeit. Darüber hinaus stehen die Beurteilungen von Dr. med. F. _____ und Prof. Dr. med. C. _____ im Widerspruch zu derjenigen des RAD-Arztes Dr. med. K. _____, der im Bericht vom 1. November 2017 in einer gut angepassten wechselbelastenden Tätigkeit mit freiem Positionswechsel (sitzender Anteil 40-50%), ohne längere Gehstrecken, ohne Bergabgehen, ohne repetitives Treppensteigen, medizinisch-theoretisch eine 80-100% Arbeitsfähigkeit attestiert hat (act. III 63 S. 5). Diese Einschätzung wurde im weiteren Verlauf durch den RAD-Arzt Dr. med. L. _____ in den Berichten vom 21. August 2018 (act. III 93) und 4. Dezember 2018 (act. III 105) bestätigt. Diese Einschätzungen der beiden RAD-Ärzte, welche im arithmetischen Mittel von einer Restarbeitsfähigkeit von 90% ausgehen, vermögen zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung von Prof. Dr. med. C. _____ zu begründen.

Vorliegend kann jedoch auch nicht ohne weiteres auf die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dr. med. K. _____ und L. _____ abgestellt werden. Zwar ordnete Dr. med. L. _____ allein die unbestrittenermassen unfallbedingten Residuen am rechten Knie den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (act. III 93 S. 4 und 105 S. 3) und sprach den unfallfremden Beschwerden (insbesondere den degenerativen lumbalen Beschwerden mit Wurzelkontakt [act. II M50]) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Jedoch äusserten sich die RAD-Ärzte nicht zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Dr. med. K. _____ bezeichnete die ausschliessliche Tätigkeit im ... mit häufigem Gehen und Stehen jedoch als sicherlich nicht optimal (act. III 63 S. 5). Darüber hinaus nahm Dr. med. L. _____ im Bericht vom 4. Dezember 2018 zwar Bezug auf den Bericht von Prof. Dr. med. C. _____ vom 7. März 2018 (act. II M58), ohne sich jedoch vertieft mit diesem auseinanderzusetzen (act. III 105 S. 7).

Wie hoch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit aus medizinischer-theoretischer Sicht ist, kann damit gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden.

3.4.2 Letztlich bleibt festzuhalten, dass vorliegend auch nicht auf die erwerbliche Situation des Beschwerdeführers abgestellt werden kann. Es ist zwar unbestritten, dass er seine bisherige Arbeit mit einem Pensum von

100% wieder aufgenommen hat (vgl. u.a. act. II M51 S. 1). Diesbezüglich macht er jedoch geltend, dass sein Aufgabengebiet nicht vollständig demjenigen entspreche, das er vor dem Unfall innehatte. Zudem postuliert er eine Leistungsminderung (Beschwerde S. 5 Art. 6; Schlussbemerkungen S. 1). Ferner hatte der Beschwerdeführer als ... im ... offenbar eine relevante Leistungslohnkomponente (vgl. act. III 49 S. 3 Ziff. 2.12) und ist gestützt auf die Akten unklar, ob er im Rahmen der wiederaufgenommenen bisherigen Tätigkeit durch eine Leistungseinschränkung oder rein konjunkturell bedingt allenfalls nicht mehr im bisherigen Umfang Gratifikationen erzielt (Beschwerde S. 9 Art. 9; Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 6; Schlussbemerkungen des Beschwerdeführers S. 1).

3.5 Nach dem hiervor Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht auf Ende März 2018 unter Einstellung der Heilbehandlung sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abgeschlossen. Jedoch erweist sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt im Zusammenhang mit der Rentenprüfung als ungenügend abgeklärt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. August 2018 (act. II K125) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie ein externes orthopädisches Gutachten veranlasse und über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. Dabei wird das spezifische Anforderungsprofil der angestammten Tätigkeit zu berücksichtigen sein. Dass der Beschwerdeführer immer wieder an ... und ... präsent war, hatte dabei offensichtlich nicht hauptberufliche Gründe (act. II K49). Soweit er dies im Rahmen seiner nebenberuflichen selbstständigen Tätigkeiten tat, sind allfällige Einschränkungen – anders als im Zweig der IV – für die Belange der obligatorischen Unfallversicherung irrelevant.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt

es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 4. April 2019 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 4'721.80 (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 Helsana Unfall AG vom 7. August 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. 4'721.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- Helsana Unfall AG
- 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.