

200 18 707 UV
FUE/LUB/SMA/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Februar 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 6. September 2018 (90.14.031797)



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit 15. Dezember 2013 bei der C._____ AG, ..., als ... mit einem Vollpensum angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 4. Juli 2014 rutschte der Versicherte gemäss Schadenmeldung UVG vom 14. Juli 2014 (Akten der Mobiliar [act. II] M1) während einer ... im ... mit dem linken Fuss auf einer nassen Fliese aus und knickte mit dem rechten Knie ein. Im Rahmen der Erstbehandlung vom 10. Juli 2014 stellte Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, den Verdacht auf eine vordere Kreuzbandruptur rechts (act. II M2). Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 3, 7) und klärte den Sachverhalt in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab; insbesondere veranlasste sie eine orthopädische Untersuchung durch die Begutachtungsstelle E._____ (Expertise vom 11. Oktober 2017; act. II 12-14, M25). Gestützt darauf lehnte die Mobiliar mit Verfügung vom 7. März 2018 (act. II 41-42) ihre Leistungspflicht rückwirkend ab dem 11. August 2014 ab. Zur Begründung gab sie an, eigentlich wäre der status quo sine Anfang November 2014 erreicht worden, indes sei der natürliche Verlauf durch die Operation vom 11. August 2014, die ausschliesslich zur Behebung des pathologischen Vorzustandes gedient habe, unterbrochen worden. Gleichzeitig verzichtete sie auf die Rückforderung der seit diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen. Eine dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache (act. II 47-48) wies die Mobiliar mit Entscheid vom 6. September 2018 ab (act. II 88-99).

B.

Mit Eingabe vom 28. September 2018 hat der Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, Beschwerde erhoben und beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihm die von Geset-

zes wegen zustehenden Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 4. Juli 2014 zuzusprechen. Zusätzlich stellte der Beschwerdeführer den Antrag, das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Ausgang des bei der F._____ AG hängigen Einspracheverfahrens (bezüglich eines ebenfalls das rechte Knie betreffenden Unfalls vom 4. März 2012) zu sistieren.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdegängerin die Abweisung der Beschwerde. Ferner sei der Sistierungsantrag mangels eines negativen Kompetenzkonfliktes (zwischen den Unfallversicherungen) unnötig und es sei daher von einer Sistierung abzusehen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Oktober 2018 wies der Instruktiionsrichter das Gesuch um Sistierung des Beschwerdeverfahrens ab.

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

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid der Mobiliar vom 6. September 2018 (act. II 88-99). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses vom 4. Juli 2014 über den 10. August 2014 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

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 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).

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 entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, 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).

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 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). 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 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

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 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; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

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).

3.

3.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 4. Juli 2014 einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. insb. die Beschreibung des Ereignisses in act. II M25 S. 7 Ziff. 2.1). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannt und die gesetzlichen Leistungen erbracht, bis sie diese rückwirkend per 10. August 2014 einstellte. Zu prüfen ist nachfolgend, ob ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. Juli 2014 und den ab 11. August 2014 bestehenden Beschwerden vorliegt.

Für den Unfall ist in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. E. 2.1 hiervor), was sich im vorliegenden Fall indes nicht anspruchrelevant auswirkt.

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

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte gestützt auf eine Magnetresonanztomographie (MRT; Bericht vom 8. März 2012, act. II 19) im Bericht vom 12. März 2012 (act. II 20) einen Status nach Knie-distorsions-trauma rechts am 4. März 2012 mit Partialruptur VKB, Impressionsfraktur lateraler Femurcondylus, Bakerzyste, Zerrung des Musculus popliteus und Chondropathie Grad IV an der medialen Patellafacette sowie einen Status nach VKB-Plastik rechts in Deutschland circa 2002. Er empfahl dem Beschwerdeführer ein konservatives Vorgehen, namentlich eine 3-wöchige Entlastungsphase unter Fragmenschutz, wobei mit schockartigen Bewegungen noch mindestens 2 Monate zugewartet werden sollte. Bezüglich des VKB werde die Stabilität entscheiden, ob es eine erneute Plastik brauche oder nicht (act. II 20).

3.2.2 Der erstbehandelnde Hausarzt Dr. med. D._____ formulierte im Anschluss an das (hier massgebliche) Unfallereignis vom 4. Juli 2014 im Arzzeugnis UVG vom 23. Juli 2014 (act. II M2) den dringenden Verdacht auf eine vordere Kreuzbandruptur rechts.

3.2.3 Dr. med. H._____, Fachärztin für Radiologie, hielt im Bericht zur MRT vom 15. Juli 2014 (act. II M3) fest, die vordere Kreuzbandplastik des rechten Knies sei nicht mehr intakt. Darüber hinaus bestehe unter anderem eine deutliche Knochenkontusion des dorsalen medialen Tibiaplateaus, des lateralen Femurkondylus und leicht des dorsalen lateralen Tibiaplateaus (act. II M3 S. 2).

3.2.4 Im Bericht vom 11. August 2014 (act. II M5) zur Operation vom gleichen Tag bestätigte Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie, die Diagnose einer Ruptur der vorderen Kreuzbandplastik am rechten Knie. Er fügte an, im Rahmen der Operation sei eine Arthroskopie des rechten Knies und eine vordere Kreuzbandersatzplastik mit Quadricepssehnen-transplantat durchgeführt worden. Im Anschluss an die Operation stellten sich laut Dr. med. I._____ nach einem ursprünglich guten postoperativen Heilverlauf (vgl. Bericht vom 23. Oktober 2014, act. II M7) später anhaltende Beschwerden im Bereich des Pes anserinus ein (vgl. Bericht vom 11. Mai 2015, act. II M10).

3.2.5 Dr. med. J._____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte hauptsächlich ein persistierendes anteromediales resp. anteriores Reizknie rechts (vgl. Bericht vom 6. Juli 2015, act. II M11; Bericht vom 20. Dezember 2016, act. II M20) und führte in diesem Zusammenhang am 25. November 2015 eine diagnostische Arthroskopie und eine arthroskopische Arthrolyse im vorderen Kniebereich, ein VKB-Trimming und eine OSME des Endobuttons (Bericht vom 26. November 2015, act. II M14) resp. am 19. Dezember 2016 eine arthroskopische Narbenresektion und Osteophytenabtragung sowie eine erneute offene Narbenrevision mit Entfernung der distalen Anteile der Interferenzschraube durch (Bericht vom 20. Dezember 2016, act. II M20).

3.2.6 Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 8. Dezember 2016 (act. II M23) fest, beim Beschwerdeführer liege eine schwierige Ausgangslage bei mehrfach voroperiertem Knie nach einer vorderen Kreuzbandverletzung vor. Aktuell laboriere der Beschwerdeführer an Streckhemmungen, welche mit repetitiven Vernarbungen zusammenhängen dürften. Ferner bestehe, trotz Entfernung, weiterhin ein Problem im

Bereich des (ehemaligen) Endobuttons. Schliesslich sei das Kniegelenk subjektiv und objektiv nicht stabil (act. II M23 S. 3).

3.2.7 Dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin verfassten orthopädischen Gutachten der Begutachtungsstelle E._____ (Gutachter Dr. phil. L._____, Neuropsychologe FSP [Erstgespräch], Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) vom 11. Oktober 2017 (act. II M25) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (act. II M25 S. 15):

Diagnose überwiegend wahrscheinlich mit (teil-)kausalem Bezug zum Ereignis vom 04.07.2014

- M24.4 Dorsolaterale femorotibiale Subluxation Kniegelenk rechts
- Bis auf bone bruises an typischer Stelle und einen leichten intraartikulären Erguss keine eindeutigen Hinweise auf strukturelle Alterationen jüngerer Datums
 - Status nach VKB-Ersatzplastik mit bereits 2012 nachgewiesener Transplantatruptur (T93.3)

Diagnose überwiegend wahrscheinlich ohne (teil-)kausalem Bezug zum Ereignis vom 04.07.2014

- M25.56 Chronisch rezidivierende, vorwiegend belastungsabhängige Knie Schmerzen rechts
- Chronische sagittale Instabilität bei Transplantationsinsuffizienz (M23.51)
 - Status nach Arthroskopie mit Narbenresektion und Osteophytenabtragung sowie erneuter offener Narbenrevision und partieller Implantat-Entfernung am 16.12.2016 und nach Arthroskopie mit Arthrolyse, Trimming des Transplantats sowie partieller Implantat-Entfernung am 25.11.2015 (Z98.8)
 - Status nach arthroskopisch-assistierter VKB-Ersatzplastik am 11.08.2014 (Z98.8)
 - MR-tomographisch bereits am 08.03.2012 vollständige proximale Transplantatruptur, primär konservativ behandelt (T93.3)
 - Status nach schwerem distorsionellem Trauma beim ... am 07.03.2012
 - Status nach arthroskopisch-assistierter VKB-Ersatzplastik etwa 2000 (Z98.8)

Die Experten hielten fest, gestützt auf die MRT vom 15. Juli 2014 sei davon auszugehen, dass beim Ereignis vom 4. Juli 2014 – aufgrund der dafür typischen bone bruises in der strecknahen Hauptbelastungszone am lateralen Femurkondylus und dorsolateral am Tibiaplateau – eine dorsolaterale femorotibiale Subluxation des rechten Kniegelenks stattgefunden habe. Als unmittelbare Folge habe sich zudem ein leichter intraartikulärer Erguss entwickelt (act. II M25 S. 15-16 Ziff. 7.5). Diese Unfallfolgen seien, in Anbetracht des eher bagatellären Traumas, durch den Umstand wesentlich be-

günstigt oder vielmehr wahrscheinlich sogar erst ermöglicht worden, dass zum Zeitpunkt des Traumas vom 4. Juli 2014 bereits eine vollständige proximale Ruptur der VKB-Ersatzplastik vorgelegen habe. So liesse sich die Ruptur ohne namhafte Zweifel bereits in einer MRT vom März 2012 erkennen und sei daher im Bezug auf das Ereignis vom Juli 2014 als relevanter pathologischer Vorzustand und somit als unfallfremd zu bezeichnen. Bezüglich des Ereignisses vom 4. Juli 2014 führten die Gutachter aus, unter Berücksichtigung aller Umstände sei davon auszugehen, dass es dabei nicht zu frischen Läsionen von potentiell dauerhaftem Charakter gekommen sei. Bei den stattgehabten bone bruises und dem intraartikulären Erguss handle es sich fast immer um vorübergehende, nicht aktiv behandlungsbedürftige Phänomene. Bei einem rein konservativen Verhalten wäre diesbezüglich überwiegend wahrscheinlich innert etwa 4 Monaten (d.h. Anfang November 2014) ein status quo sine erreicht worden (act. II M25 S. 16 Ziff. 7.5). Dieser natürliche Verlauf sei allerdings durch die Operation vom 11. August 2014, welche ausschliesslich zur Behebung des (vor Juli 2014 bestehenden) pathologischen Vorzustandes gedient habe, unterbrochen worden. Ab diesem Datum hätten somit nur noch die nicht mit dem Unfall vom 4. Juli 2014 verbundenen Faktoren eine Rolle gespielt, die durch die erwähnten unfallbedingten Veränderungen nicht mehr beeinflusst worden seien (act. II M25 S. 16 Ziff. 7.7).

3.2.8 Der Vertrauensarzt der F. _____ AG, Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm mit Bericht vom 22. Dezember 2017 (act. II M27) Stellung zum Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ und kam zum Schluss, dieses sei nachvollziehbar, schlüssig und korrekt. Da die Ruptur des VKB-Transplantates bereits 2012 kernspintomographisch festgestellt worden sei, könne eine Unfallkausalität zum Ereignis vom 4. Juli 2014 ausgeschlossen werden. Darüber hinaus sei ein kausaler Zusammenhang mit dem Ereignis aus dem Jahr 2012 zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, da gestützt auf den MRT-Bericht vom 8. März 2012 die dort festgestellte VKB-Läsion überwiegend wahrscheinlich bereits vor März 2012 bestanden habe (act. II M27 S. 2).

3.2.9 Im Bericht vom 28. August 2018 (act. II 83-86) hielt der beratende Arzt der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers, Dr. med. O. _____, Praktischer Arzt, fest, aus ärztlicher Sicht könne der Zeitpunkt der vollständigen Läsion der VKB-Plastik nicht bestimmt werden (act. II 83). Mit Blick auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ könne nur sicher behauptet werden, die vollständige VKB-Läsion sei bereits nach dem Unfall 2012 in der Bildgebung zu bestätigen (act. II 85). Gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers und darauf, dass bis ins Jahr 2012 offenbar noch eine genügende Stabilität des rechten Kniegelenks zur Ausübung des ... bestanden habe, könne aber mit Recht angenommen werden, der Unfall im Jahr 2012 habe eine richtungsgebende Bedeutung gehabt (act. II 83-84).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.4 Das orthopädische Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ vom 11. Oktober 2017 (act. II M25) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts. Es beruht auf einer orthopädisch-traumatologischen Untersuchung vom 22. August 2017

(act. II M25 S. 1), ist in Kenntnis der Vorakten (inklusive der bildgebenden Befunde) abgegeben worden, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und ist für die streitigen Belange umfassend. Die Expertise leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

Der Gutachter Dr. med. M. _____ hat auf die anatomischen Verhältnisse des rechten Kniegelenks detailliert Bezug genommen und die mittels MRT vom 8. März 2012, 15. Juli 2014 und 20. Oktober 2016 dargestellten Befunde ausführlich – und namentlich unter dem Gesichtspunkt der verschiedenen stattgehabten Traumata – diskutiert und beurteilt. Dabei hat er überzeugend und wiederum bezogen auf die einzelnen Verletzungsbilder dargelegt, dass die am 15. Juli 2014 bildgebend dokumentierten Befunde auf eine in jüngster Zeit stattgehabte dorsolaterale femorotibiale Subluxation des rechten Kniegelenks schliessen liessen. Dies begründete er mit den dafür typischen bone bruises femoral und tibial und dem grösseren bone bruise dorsomedial am Tibiaplateau sowie dem leichten intraartikulären Erguss (act. II M25 S. 12 Ziff. 4.2.2, S. 13 f. Ziff. 5.1). Ferner hat er überzeugend anhand der Befunde sowie des Verlaufs dargelegt, dass bereits im März 2012 eine vollständige Ruptur der ersten VKB-Ersatzplastik nachweisbar war und dass diese die am 4. Juli 2014 stattgehabte dorsolaterale femorotibiale Subluxation wahrscheinlich erst ermöglicht hat. Anhand der bildgebenden Befunde konnte der Experte keine frischen, d.h. auf das Ereignis vom 4. Juli 2014 zurückzuführenden Läsionen von potentiell dauerhaftem Charakter feststellen. Bei den bone bruises und dem intraartikulären Erguss, bei welchen überwiegend wahrscheinlich ein kausaler Zusammenhang zum erwähnten Ereignis bestehe, handle es sich fast immer um vorübergehende und nicht direkt behandlungsbedürftige Phänomene. Vielmehr wäre durch ein rein konservatives Verhalten mit initialer Ruhigstellung und anschliessendem Belastungsaufbau überwiegend wahrscheinlich innert etwa 4 Monaten ein status quo sine erreicht worden. Bereits die Operation vom 11. August 2014 habe somit ausschliesslich der Korrektur eines pathologischen Vorzustandes gedient und stehe nicht im Zusammenhang mit den am 4. Juli 2014 frisch entstandenen Alterationen (act. II M25 S. 14 Ziff. 5.1, S. 16 Ziff. 7). Auf diese einleuchtende Beurteilung kann abgestellt werden. Dies umso mehr, als der Vertrauensarzt der

F._____, Dr. med. N._____, in der Stellungnahme vom 22. Dezember 2017 die Beurteilung des Gutachters als schlüssig und korrekt einstufte (act. II M27) und sich der beratende Arzt der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers, Dr. med. O._____, im Bericht vom 28. August 2018 jedenfalls insoweit der gutachtlichen Beurteilung anschloss, als die vollständige Läsion der VKB-Plastik vor dem hier massgebenden Ereignis vom 4. Juli 2014 eingetreten sei (act. II 83-84). Fachärztliche Berichte, in denen eine vom Gutachten der Begutachtungsstelle E._____ abweichende Beurteilung vertreten würde, liegen keine vor.

3.5 Folglich ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 4. Juli 2014 zu keiner richtungsgebenden, sondern allein zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt hat, und dass der status quo sine vier Monate nach dem Ereignis vom 4. Juli 2014 – ohne dass eine Behandlungsbedürftigkeit bestanden hätte – erreicht worden wäre. Dieser Verlauf wurde jedoch durch die Operation vom 11. August 2014, die ausschliesslich aufgrund des pathologischen Vorzustands (bestehende VKB-Transplantat-Ruptur) durchgeführt wurde, unterbrochen. Damit ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. Juli 2014 und den ab 11. August 2014 bestehenden Beschwerden zu verneinen. Entgegen der Beschwerde (S. 3 Ziff. 5) sind unter diesen Umständen keine weiteren Abklärungen notwendig (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 112 V 157 E. 1d S. 162).

Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 108 Abs. 3 VRPG [Umkehrschluss] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 UVG und Art. 61 Ingress ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft 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.