

200 19 225 UV
SCP/PRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. März 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber C. _____ bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beigeladene) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 28. Mai 2005 bei einem ... Unfall eine Patellafraktur am rechten Knie erlitt, welche am 15. Juni 2005 operativ versorgt wurde (vgl. Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [Suva bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 85, S. 24 sowie Arztchein zu Bagatellunfall-Meldung und Arztzeugnis vom 5. August 2005 [in den Gerichtsakten]). Anlässlich einer Nachkontrolle am 1. November 2005 berichtete der Versicherte über gelegentliche Schmerzen im ventromedialen Bereich des linken Knies (act. II 85, S. 23). Am 1. Februar 2006 erfolgte eine Unfallmeldung gemäss welcher der Versicherte – bei unbekanntem Unfalldatum und -ort – einen Kreuzbandriss am linken Knie erlitt (act. II 85, S. 56). Anlässlich der Konsultation vom 14. März 2006 stellten Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Indikation zur Kniearthroskopie links, zu einer Kreuzbandresektion mittels Quadrizepssehne links und zur Metallentfernung rechts, worauf sich der Versicherte entschied, den Eingriff durchführen zu lassen (Akten des Praxisnachfolgers von Prof. Dr. med. D. _____ [act. III]; s. auch Parallelverfahren 200.2019.224). Mit Schreiben vom gleichen Tag stellte der Versicherte gegenüber der AXA richtig, dass die Schmerzen im linken Knie nach einem Misstritt beim Joggen im September 2005 aufgetreten seien (act. II 85, S. 54). Am 12. April 2006 wurden die von Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ für erforderlich gehaltenen Eingriffe an den beiden Knien durchgeführt (act. II 85, S. 18 f.). Die AXA erbrachte hierfür die gesetzlichen Leistungen (vgl. act. II 85, S. 38; 93).

B.

Am 1. Juni 2008 war der Versicherte über die M._____ AG bei der Suva obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er beim Velofahren stürzte und eine Prellung am linken Knie erlitt. Die Behandlung wurde am 9. Juni 2008 abgeschlossen. Für dieses Ereignis erbrachte die Suva die gesetzlichen Leistungen (Akten der Suva [act. IIA]).

Am 24. Oktober 2017 war der Versicherte – nunmehr über F._____ AG – wiederum bei der Suva versichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG vom 10. November 2017 eine ... in den 4. Stock trug, dabei plötzlich umknickte und eine Verletzung am linken Knie erlitt (Akten der Suva, Aktenbeilage [act. II] 2). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Unfallleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. act. II 13 ff.) und klärte den Sachverhalt in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Versicherungsmedizinischer Dienst der Suva Bern und Kreisarzt, vom 2. bzw. 5. März 2018 (act. II 46) teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 12. März 2018 formlos mit, dass ab dem 12. März 2018 kein Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung mehr bestehe (act. II 47). Nachdem sich der Versicherte damit nicht einverstanden erklärte (act. II 52) holte die Suva eine weitere Beurteilung durch Dr. med. G._____ vom 12. bzw. 16. April 2018 (act. II 57) ein und verfügte am 17. April 2018 mangels eines Kausalzusammenhangs zwischen den (noch bestehenden) Beschwerden und dem Ereignis vom 24. Oktober 2017 die Leistungseinstellung per 12. März 2018 (act. II 58, S. 1 f.). Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 64, 66) wies die Suva – nach Einholung der Akten der AXA (act. II 85) und von ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. G._____ vom 15. bzw. 16. und 26. Oktober 2018 (act. II 88 f.) – mit Entscheid vom 13. Februar 2019 ab (act. II 92).

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 18. März 2019 Beschwerde. Er stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu gewähren.
2. Es wird beantragt, das vorliegende Verfahren mit dem Parallelverfahren gegen die AXA Unfallversicherung nach Art. 125c ZPO zu vereinigen.

Eventualiter sei die Verfügung vom 13. Februar 2019 aufzuheben und es sei über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers ggf. unter erneuter medizinischer Begutachtung neu zu befinden.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Zur Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, auf die kreisärztlichen Beurteilungen könne nicht abgestellt werden, zumal die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des versicherungsinternen Arztes weckten und diese Zweifel auch nicht durch die ärztliche Beurteilung des Dr. med. G._____ ausgeräumt würden.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. März 2019 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Vereinigung des vorliegenden Verfahrens mit dem Verfahren 200.2019.224 ab und lud die am Ausgang des Verfahrens allenfalls mitinteressierte AXA zum Verfahren bei.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin – gestützt auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. G._____ vom 13. bzw. 15. Mai 2019 (in den Gerichtsakten) – die Abweisung der Beschwerde.

Am 8. Juli 2019 verzichtet die Beigeladene auf die Einreichung einer Stellungnahme. Mit Replik vom 18. Juli 2019 hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und beantragt eventualiter neu die Einholung eines Obergutachtens.

In der Folge holte der Instruktionsrichter im Rahmen von Beweismassnahmen zur Vervollständigung der medizinischen Akten für die Zeit vor 2005 bzw. betreffend ein Ereignis, welches sich 1999/2000 ev. bis 2002 zugetragen haben soll (vgl. prozessleitende Verfügung vom 31. Juli 2019), diverse schriftliche Auskünfte und Akten ein – insbesondere vom Beschwerdefüh-

rer (Eingabe vom 9. September 2019; in den Gerichtsakten), von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Eingabe vom 27. September 2019; in den Gerichtsakten), von der Suva (Stellungnahme vom 2. Dezember 2019 samt kreisärztlicher Beurteilung von Dr. med. G._____, vom 26. bzw. 28. November 2019 [in den Gerichtsakten] sowie Akten zum Unfall vom 1. Juni 2008 [Unfall-Nummer 3.41192.08.0/22; act. IIA]), vom Kreisarzt des Militärärztlichen Dienstes (Eingabe vom 11. Dezember 2019) und von Prof. Dr. med. D._____, (Eingabe des Praxismachfolgers vom 16. Dezember 2019 samt Akten [act. III]).

Nach Eingang einer Eingabe des Beschwerdeführers vom 10. Dezember 2019 stellte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 18. Dezember 2019 fest, dass von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sein dürften. Gleichzeitig wurde den Verfahrensbeeteiligten Gelegenheit gegeben, sich abschliessend zum Beweisergebnis zu äussern.

Am 15. Januar 2020 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein. Die Beigeladene verzichtete am 22. Januar 2020 auf eine Stellungnahme. Am 23. Januar 2020 liess sich die Beschwerdegegnerin vernehmen.

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 Anträ-

gen 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 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Suva vom 13. Februar 2019 (act. II 92), womit in Bestätigung der Verfügung vom 17. April 2018 (act. II 58, S. 1 f.) die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen betreffend die linksseitigen Kniebeschwerden im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Oktober 2017 per 12. März 2018 eingestellt wurden. Im Einspracheentscheid nicht geprüft und damit grundsätzlich ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes stehen dagegen die im Laufe des Beschwerdeverfahrens geltend gemachten Leistungsansprüche im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. Juni 2008. Da es sich dabei um eine eng mit dem Anfechtungsobjekt verbundene und liquide Streitfrage handelt, zu der die Verwaltung Stellung nahm, kann das Beschwerdeverfahren aus prozessökonomischen Gründen darauf ausgedehnt werden (vgl. BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503, 122 V 34 E. 2a S. 36; SVR 2012 IV Nr. 35 S. 137 E. 3.1).

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 12. März 2018 hinaus und dabei insbesondere, ob die geklagten Kniebeschwerden links noch kausal zum Ereignis vom 24. Oktober 2017 oder als Rückfall bzw. Spätfolgen des Ereignisses vom 1. Juni 2008 zu qualifizieren sind.

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).

Für das Unfallereignis am 1. Juni 2008 gelangt das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung. Für den Unfall vom 24. Oktober 2017 ist die seit dem 1. Januar 2017 gültige Rechtslage massgebend. Soweit hier von Bedeutung hat die Rechtslage jedoch keine Änderung erfahren.

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 Be-

dingungen 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; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [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 Beweismwürdigung 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). 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 (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], 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 2019 IV Nr. 9 S. 27 E. 3.2; 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 blossе 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 (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

2.5 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversiche-

rer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

2.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 4.2).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ diagnostizierten anlässlich der Sprechstunde vom 1. November 2005 einen Status nach Patellafraktur rechts bei Status nach ... Unfall des rechten Knies vom

28. Mai 2005 zwischen 16.00 Uhr und 17.00 Uhr und einen Status nach Kniearthroskopie mit Osteosynthese der Patellafraktur vom 15. Juni 2005 (vgl. act. II 85, S. 24 f.). Der Beschwerdeführer habe über keine Schmerzen und Beschwerden im Bereich des rechten Knies, jedoch über gelegentliche Schmerzen im ventromedialen Bereich des linken Knies berichtet (act. II 85, S. 23).

3.1.2 Am 18. November 2005 erfolgte in der Radiologie des Spitals I. _____ ein Arthro-MRT linkes Knie. Es wurde folgende Beurteilung festgehalten: „Komplexe mediale Meniskushinterhornläsion unter Mitbeteiligung des Überganges in den medialen Meniskuscorpus. 1,2cm grosse irreguläre osteochondrale Läsion in der Belastungszone der medialen Femurcondyle ohne Nachweis einer Osteonekrose mit fortgeschrittenem Knochenmarksödem an der medialen Femurcondyle. Im proximalen Ansatz rupturiertes vorderes Kreuzband“ (act. II 85, S. 9).

3.1.3 Anlässlich der Konsultation vom 21. November 2005 diagnostizierten Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. E. _____ zusätzlich neu einen Status nach Knieverletzung vor ungefähr sechs Jahren, Verdacht auf vorderen Kreuzbandriss links. Sie erachteten eine Kniearthroskopie links zur vorderen Kreuzbandrekonstruktion als indiziert (act. II 85, S. 22). Diese erfolgte am 12. April 2006 (act. II 85, S. 18 f.).

3.1.4 Ein am 15. April 2006 im Spital I. _____ durchgeführtes Röntgen des linken Kniegelenks wurde wie folgt beurteilt: „Normal konfiguriertes Kniegelenk links. Die Skelettstruktur ist regelrecht. Gut differenzierbarer ossärer Kanal nach Kreuzbandrekonstruktion. Tangential verlaufende Schraube in der proximalen Tibia metaphysär links. Die Patella ist normal konfiguriert mit postoperativem Defekt cranial. Fabella als Nebenbefund. Weichteilschwellung mit Gelenkerguss und mit einzelnen kleinen Gaseinschlüssen postoperativ“ (act. II 85, S. 12).

3.1.5 Am 28. Februar 2007 erfolgte die Metallentfernung der tibialen Fixationsschraube am linken Knie (act. II 85, S. 13).

3.1.6 Im Arzzeugnis UVG vom 23. Juni 2008 diagnostizierte Dr. med. H. _____ eine Kniekontusion links; der Patient habe das linke Knie am Velolenker angestossen und berichte über ein Einknicken mit dem Knie (in

der korrigierten Version vom 31. Juli 2018; in den Gerichtsakten). Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 9. Juni 2008 (act. IIA 1, S. 2).

3.1.7 Am 1. November 2017 erfolgte im Röntgeninstitut J._____ ein MRI des linken Knies. Es wurde folgende Beurteilung festgehalten: „Osteochondrale Läsion der dorsomedialen Femurkondyle Outerbridge Grad 4 mit angrenzender Bonebruise. Diskrete Bonebruise des lateralen Tibiaplateaus. Intakte Kreuzbänder. Diskrete Zerrung/Kontusion des Retinakulum patellae mediale. Am ehesten postoperativ bedingt der Volumenminderung des medialen Meniskushinterhornes und Corpus. Wenig Gelenkserguss“ (act. II 9).

3.1.8 Im Bericht vom 9. November 2017 diagnostizierte Prof. Dr. med. D._____ eine Aussenmeniskushinterhornwurzelruptur mit Ruptur der posterolateralen Kapsel Knie links nach Distorsion-Kontusionstrauma am 24. Oktober 2017 mit/bei beginnender medialer Gonarthrose und einem Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion (QT-P) ca. 2004, einen Status nach Osteosynthese bei Patellafraktur rechts und einen Nikotinabusus (act. II 28, S. 1; vgl. auch act. II 37 f.). Am 15. November 2017 erfolgte eine Kniearthroskopie links (act. II 18, S. 1).

3.1.9 Dr. med. K._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Arzzeugnis UVG vom 24. November 2017 einen Status nach Kontusion des linken Knies (act. II 11, S. 1). Sie attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Oktober bis voraussichtlich am 6. November 2017 (act. II 4; 11, S. 1).

3.1.10 Im Rahmen einer Verlaufskontrolle am 20. Dezember 2017 erachtete Prof. Dr. med. D._____ den Verlauf als ordentlich, bei jedoch noch deutlichem intraartikulären Erguss. Er erachtete präventiv eine hohe Tibialvalgisationsosteotomie zur Entlastung des medialen Kompartiments sowie voraussichtlich eine vordere Kreuzbandrekonstruktion als nötig (act. II 33, S. 2; vgl. auch act. II 32, 34 und 39 sowie Berichte vom 21. Februar und 22. März 2018 [act. III]). Dr. med. D._____ attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. November 2017 bis 5. April 2018 (act. II 17, 20, 23, 42).

3.1.11 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 2. bzw. 5. März 2018 führte Dr. med. G. _____ aus, der Unfall habe zu keinen zusätzlichen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien. Die festgestellten Schäden seien degenerativ und auf das Ereignis von 2004 zurückzuführen. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen. Der Vorzustand sei innerhalb von sechs bis acht Wochen erreicht. Die geplante Operation vom April 2018 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 24. Oktober 2017 zurückzuführen (act. II 46, S. 1).

3.1.12 Am 13. April 2018 wurde der Beschwerdeführer erneut am linken Knie (Umstellungsosteotomie) operiert (act. II 66).

3.1.13 In der ärztlichen Beurteilung vom 12. bzw. 16. April 2018 diagnostizierte Dr. med. G. _____ unfallkausal eine Kniegelenksdistorsion am 24. Oktober 2017. Unfallfremd diagnostizierte er einen Status nach vorderer Kreuzbandplastik nach Kreuzbandruptur 2004 mit erneuter Insuffizienz des Transplantats, degenerative Meniskusschäden und eine Chondromalazie medialer Femurkondylus und korrespondierendes Tibiaplateau (act. II 57, S. 1). Es handle sich ausschliesslich um degenerative Veränderungen im Kniegelenk. Selbige seien überwiegend wahrscheinlich auf einen Vorschaden 2004 mit Insuffizienz bzw. Ruptur des vorderen Kreuzbandes und einer Rekonstruktion desselben zurückzuführen. Frische strukturelle Unfallfolgen liessen sich nicht verifizieren. Somit sei es allenfalls zu einer Distorsion des linken Kniegelenks gekommen, im Rahmen derer die alten Vorschäden bemerkbar geworden seien. Eine richtunggebende Verschlimmerung könne angesichts der gestellten Diagnosen bzw. der vorhandenen Befunde ebenfalls ausgeschlossen werden. Daher seien die operativ versorgten Knieschäden als nicht unfallkausal abzulehnen (act. II 57, S. 2). Der Vorzustand nach Kniegelenksdistorsion links sei innerhalb von sechs bis acht Wochen erreicht worden (act. II 57, S. 3).

3.1.14 Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führten im Bericht vom 18. Mai 2018 aus, beim Beschwerdeführer mit Jahrgang 1984 seien die Knorpelläsionen definitiv nicht krankheitsbedingt. Im

MRI vom 1. November 2017 habe sich die posttraumatische Knorpelläsion erstmalig gezeigt und sei in der Arthroskopie bestätigt worden (act. II 67).

Im Bericht vom 18. September 2018 zu Handen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers führten die Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. L. _____ aus, es sei sehr wahrscheinlich, dass die Patellafraktur rechts sowie die Kreuzbandläsionen links im Rahmen des ... Unfalles vom 28. Mai 2005 erlitten worden seien. Die Befunde im MRI vom 18. November 2005 würden nicht ausschliesslich zu einer chronischen Genese passen; im Gegenteil. Das Ereignis vom 24. Oktober 2017 bzw. ein Treppensturz mit einer schweren ... auf der Schulter sei geeignet, die hier vorliegenden Läsionen (Bone bruise, Meniskushinterhornriss, Korpusläsion) zu verursachen. Erstaunlich sei höchstens, dass die Verletzungen nicht ausgeprägter ausgefallen seien, was bei einem belasteten Distorsionstrauma mit axialer Komponente problemlos der Fall sein könne (S. 2; act. III).

3.1.15 In der ärztlichen Beurteilung vom 15. bzw. 16. Oktober 2018 führte Dr. med. G. _____ aus, es läge mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes vor. Dieser Vorzustand sei innerhalb von sechs bis acht Wochen erreicht (act. II 88, S. 3). Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 26. Oktober 2018 ergänzend aus, die Ursache der 2006 intraoperativ festgestellten Schäden und der Folgeschäden bis heute seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Ereignisses von September 2005, sondern hätten ihre Kausalität in einem Ereignis, das deutlich weiter zurückliege als 2005 (act. II 89, S. 2).

In der chirurgischen Beurteilung vom 13. bzw. 15. Mai 2019 führte Dr. med. G. _____ aus, die nach dem 13. März 2018 geklagten Beschwerden am linken Knie seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 24. Oktober 2017 zurückzuführen. Das Ereignis vom 24. Oktober 2017 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines postoperativen und degenerativen Zustandes im Sinne einer Kniekontusion geführt. Richtunggebende strukturelle Unfallfolgen seien nicht entstanden. Die Kniekontusion selbst, welche nicht zu äusseren Verletzungen geführt habe, sei im vorliegenden Fall nach vier bis sechs Wochen ausgeheilt; die Folgen

eines möglichen geringen traumatischen Bone bruise am Tibiakopf heilten innerhalb von sechs bis acht Wochen aus (S. 11; in den Gerichtsakten).

3.1.16 Im Bericht vom 18. Juli 2019 zu Handen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers führte Dr. med. L. _____ aus, der Bone bruise im lateralen Tibialplateau sei – entgegen der Auffassung von Dr. med. G. _____ – eindeutig traumatischer Genese. Meniskushinterhornläsionen seien häufige Begleitverletzungen bei vorderen Kreuzbandläsionen, auch bei residuellen Rest-Rotationsinstabilität nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion. Das Trauma vom 24. Oktober 2017 sei grundsätzlich geeignet, den Verlauf richtunggebend zu verschlimmern. Dr. med. G. _____ erwarte bei einem Distorsionstrauma mit Rotationsbewegung eine vordere Kreuzband-Reruptur mit Seitenbandläsionen und einen Erguss des Knies, was nicht korrekt sei. Ein Gelenkserguss sei zwar – insbesondere bei Riss des Kreuzbandes – durchaus häufig, aber abhängig vom Ort des Risses. Das Distorsions-Kontusionstrauma habe höchstwahrscheinlich zu der zusätzlichen Läsion des medialen Hinterhornes geführt. Die Rotationsbewegung habe jedoch muskulär genügend aufgefangen werden können, so dass es nicht zu den von Dr. med. G. _____ erwarteten Folgeschäden gekommen sei. Allein der Bone bruise würde sich tatsächlich oft nach sechs bis acht Wochen erholen, wobei auch hier chronische Verläufe möglich seien. Zu einer richtunggebenden Verschlimmerung habe jedoch die Meniskusläsion geführt (Beschwerdebeilage [act. I] 12, S. 7). Der Meniskus sei zwar vorgeschädigt und Meniskusganglien benötigten eine bestimmte Zeit, um sich auszubilden. Auch ein vorgeschädigter Meniskus könne jedoch einreissen und neu symptomatisch werden. Das Vorliegen einer Horizontalläsion schliesse ein akut traumatisches Geschehen nicht aus. Der Unfallmechanismus (mit Rotationsbewegung) sei absolut geeignet, die beschriebenen Verletzungen zu verursachen (act. I 12, S. 8).

3.1.17 In der Beurteilung vom 26. bzw. 28. November 2019 führte Dr. med. G. _____ aus, nach dem Ereignis im Juni 2008 seien keine richtunggebenden strukturellen Unfallfolgen dokumentiert. Die Lockerung des vorderen Kreuzbandes habe bereits vor dem Ereignis 2008 bestanden. Somit müsse von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgegangen werden. Dr. med. L. _____ widerspreche in seiner Argumentation seinen

eigenen, im Operationsbericht dokumentierten Diagnosen. Am voroperierten Innenmeniskushinterhorn sei es bei dem aktuellen Ereignis zu einer Kontusion gekommen, die selbstständig ausgeheilt sei. Eine Meniskus-schädigung durch eine Kniekontusion sei gemäss der medizinischen Fachliteratur nicht möglich. Zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines Vorschadens sei es im vorliegenden Fall nicht gekommen. Die festgestellten Schäden hätten bereits vor dem aktuellen Ereignis bestanden (S. 7). Die nach dem 13. März 2018 geklagten Beschwerden am linken Kniegelenk seien nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 1. Juni 2008 zurückzuführen (S. 8; in den Gerichtsakten).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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).

3.2.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be-

gründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4 S. 467 ff., je mit Hinweisen).

3.2.4 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

4.

4.1 Unter den Parteien ist unbestritten, dass das Ereignis vom 24. Oktober 2017 einen Unfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.2 hiavor). Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannt und die gesetzlichen Leistungen erbracht (vgl. act. II 13 ff.). Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 12. März 2018 mangels Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. Oktober 2017 und den geklagten Kniebeschwerden links eingestellt hat. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass es nicht Sache der obligatorischen Unfallversicherung ist, die Ursache eines Gesundheitsschadens zu erforschen, sie hat lediglich abzuklären, ob zwischen den geltend gemachten Beschwerden und einem versicherten Ereignis ein natürlicher und allenfalls adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2011, 8C_755/2011, E. 5.2 sowie E. 2.3 f. hiavor).

4.2 Zu klären ist vorab der Unfallhergang vom 24. Oktober 2017. In der Schadenmeldung UVG vom 10. November 2017 wurde dazu ausgeführt, dass der Beschwerdeführer eine ... in den 4. Stock getragen hat, dabei plötzlich umgeknickt sei und sich dabei das linke Knie verletzt habe (act. II

2). Im Fragebogen der Suva gab der Beschwerdeführer am 23. November 2017 an, dass er am 24. Oktober 2017 ausgerutscht sei (act. II 10). Im Arztzeugnis UVG vom 24. November 2017 gab Dr. med. K. _____ zum Unfallhergang an, dass der Beschwerdeführer bei der Arbeit mit einem schweren Gewicht auf der Schulter tragend auf der Treppe gestürzt sei und das linke Knie am Boden angeschlagen habe (act. II 11). Anlässlich einer Konsultation vom 8. November 2017 gaben Prof. Dr. med. D. _____ und Dr. med. L. _____ in der Anamnese an, der Beschwerdeführer sei während er eine schwere ... die Treppe hochgeschleppt habe ausgerutscht, wobei er ein Valgustrauma des linken Knies mit direkter Kontusion erlitten habe (act. II 28, S. 1; vgl. auch Bericht vom 18. September 2018, act. III).

Demgegenüber geht Dr. med. G. _____ gestützt auf die echtzeitlichen Berichte davon aus, dass es zu einem direkten Aufprall frontal des linken Kniegelenks auf der Treppe gekommen sei (chirurgische Beurteilung vom 13. bzw. 15. Mai 2019, in den Gerichtsakten), weshalb die Frage, ob der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 24. Oktober 2017 umgeknickt und mit dem linken Knie direkt (frontal) auf den Boden geschlagen ist oder ausgerutschte und ein Valgustrauma des linken Knies mit direkter Kontusion erlitten hat, vorliegend offen gelassen werden kann. Selbst wenn der Beschwerdeführer vor der Kniekontusion/-distorsion ein Valgustrauma erlitten hätte, sind die Unfallfolgen – wie nachfolgend dargelegt wird – nicht kausal zum Unfall vom 24. Oktober 2017.

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 (act. II 92) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihres Kreisarztes Dr. med. G. _____ vom 2. bzw. 5. März, 12. bzw. 16. April, 15. bzw. 16. und 26. Oktober 2018 (act. II 46, 57, 88 f.) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Der Umstand, dass Dr. med. G. _____ keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hat, schadet nicht, da die Voraussetzungen für eine Aktenbeurteilung erfüllt sind und sich der Kreisarzt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild der Gesundheitssituation machen konnte (vgl. E. 3.2.4 hiervor).

Der Versicherungsmediziner Dr. med. G._____ hat sich einlässlich mit den klinischen und bildgebend festgestellten Befunden auseinandergesetzt und schlüssig und einleuchtend dargelegt, dass es sich bei den im MRI des linken Kniegelenks vom 1. November 2017 (act. II 9) gezeigten Schäden (Bone bruise an der Femurkondyle, Meniskusläsionen, Korpusläsion, viergradige Knorpelläsion, chronische VKB-Insuffizienz) um degenerative Veränderungen bzw. Folgen eines Vorzustandes handelt. Frische strukturelle Unfallfolgen verneinte er. Insbesondere führte er gestützt auf die einschlägige Fachliteratur überzeugend aus, dass für die Entstehung eines viergradigen Knorpelschadens eine erhebliche äussere Gewalteinwirkung notwendig ist, welche auch zu äusseren Verletzungen oder Verletzungen der Bandstrukturen führen müssen. Solche sind allerdings vorliegend nicht aktenkundig. Die Kniekontusion bzw. -distorsion hat gemäss Dr. med. G._____ lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Zustandes am linken Kniegelenk geführt (Synovitis [Gelenkinnenhautentzündung], Plica), bei welcher davon ausgegangen werden kann, dass sie nach vier bis sechs Wochen ausgeheilt ist. Die im MRI vorgefundene Bone bruise am Tibiakopf erachtete er als (möglicherweise) unfallkausal, wobei diese lediglich vorübergehend zu einer Verschlimmerung geführt hat und der Status quo sine innerhalb sechs bis acht Wochen erreicht war (act. II 46; 57, S. 2 f.; 88, S. 2 f.; vgl. auch Beurteilung vom 13. bzw. 15. Mai 2019 [in den Gerichtsakten]).

Mit dieser Einschätzung stimmt die Beurteilung von Prof. Dr. med. D._____ und Dr. med. L._____ insoweit überein, als diese anlässlich der Konsultation vom 8. November 2017 eine mediale Gonarthrose bei Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion feststellten (act. II 28, S. 1), weshalb sie bereits damals eine valgisierende Umstellungsosteotomie zur Entlastung des medialen Kompartiments erwähnten (act. II 28, S. 2; vgl. auch Berichte vom 26. Dezember 2017 und 26. Januar 2018, act. II 33 f.). Damit ist offensichtlich, dass die Behandlungen von Prof. Dr. med. D._____ und Dr. med. L._____, soweit sie die präventiv durchgeführte Tibiavalgisationsosteotomie betreffen (vgl. act. II 33), in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Oktober 2017 stehen. Dem Bericht vom 22. März 2018 (act. III) ist zudem zu entnehmen, dass die am 15. November 2017 erfolgte Kniearthroskopie (act. II 27) gut

verlaufen ist bzw. das linke Knie keiner entsprechenden Behandlung mehr bedurfte und allfällige Beschwerden als Folge der beginnenden medialen Gonarthrose gewertet wurden.

4.4 Der (im Rahmen des Beweisverfahrens) vom Beschwerdeführer zu den Akten gereichte Bericht von Prof. Dr. med. D._____ und Dr. med. L._____ vom 18. September 2018 (act. III) ändert daran nichts. So führten die behandelnden Ärzte aus, das Ereignis am 24. Oktober 2017 sei geeignet, die im MRI vom 1. November 2017 erhobenen Befunde zu erklären, wobei es erstaunlich sei, dass die Verletzungen nicht ausgeprägter ausgefallen seien, was bei einem belasteten Distorsionstrauma mit axialer Komponente problemlos der Fall hätte sein können. Dies überzeugt nicht, muss doch der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Dass der entsprechende Unfall lediglich geeignet sei, die Befunde zu erklären, reicht demnach nicht aus. Im Übrigen ist gestützt auf die Darlegung der behandelnden Ärzte davon auszugehen, dass mangels einer schweren Folge des Traumas vom 24. Oktober 2017 gerade nicht von einem Flexions-/Valgisationstrauma auszugehen ist (vgl. versicherungsmedizinische Beurteilung vom 13. bzw. 15. Mai 2019; in den Gerichtsakten).

Auch der Bericht von Dr. med. L._____ vom 18. Juli 2019, in welchem er unter anderem auf drei dem Bericht nicht zu entnehmende Fragen antwortet (act. I 12), vermag die kreisärztlichen Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen. Zunächst ist festzustellen, dass Dr. med. G._____ eine traumatische Genese der Bone bruise am Tibiakopf – entgegen der Auffassung des behandelnden Dr. med. L._____ – nicht verneint. Wie bereits ausgeführt erachtete Dr. med. G._____ die Bone bruise sehr wohl als (möglicherweise) unfallkausal. Jedoch führte diese gemäss den schlüssigen Ausführungen von Dr. med. G._____ lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Gesundheitszustandes. Soweit Dr. med. L._____ ausführt, der Unfall vom 24. Oktober 2017 habe höchstwahrscheinlich zu der Läsion des medialen Hinterhornes geführt, ist dem entgegenzuhalten, dass er sich bei der entsprechenden Begründung auf theoretische Ausführungen zum Unfallmechanismus bzw. zur Frage, welche Strukturen anlässlich einer Rotationsbewegung verletzt werden könnten,

stützt. Dabei verkennt er jedoch, dass es sich vorliegend nicht um ein gesundes, sondern ein mehrfach vorgeschädigtes Knie handelt. Mit dem Hinweis, dass auch ein vorgeschädigter Meniskus einreissen und neu symptomatisch werden könne, ist ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang jedoch nicht nachgewiesen.

4.5 Nach dem Gesagten ist gestützt auf die beweiskräftigen versicherungsmedizinische Beurteilungen des Dr. med. G. _____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es durch das Ereignis vom 24. Oktober 2017 allein zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustands des linken Knies gekommen ist und der Status quo sine spätestens am 12. März 2018 erreicht war. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den über diesen Zeitpunkt hinaus anhaltenden Kniebeschwerden links somit zu Recht ab dem 12. März 2018. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Eingabe 10. Dezember 2019) ist eine subsidiäre Haftung der Unfallversicherung nach Art. 6 Abs. 2 UVG (unfallähnliche Körperschädigung) zu verneinen. Die vorliegende Ausgangslage entspricht keinem Anwendungsfall des von der Beschwerdegegnerin erwähnten Entscheides des Bundesgerichts vom 24. September 2019 (8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 9.2; vgl. Eingabe vom 23. Januar 2020), da es sich bei den hier über den 12. März 2018 hinaus geklagten Beschwerden nicht um Folgen einer unfallähnlichen Körperschädigung, sondern eines unfallbedingten – weder bei der Beschwerdegegnerin noch der Beigeladenen versicherten – Vorzustandes (vgl. dazu Parallelverfahren UV/2019/224) handelt.

5. Es bleibt zu prüfen, ob es sich bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kniebeschwerden links um Spätfolgen bzw. einen Rückfall bezüglich des Unfallereignisses vom 1. Juni 2008 handelt, als der Beschwerdeführer beim Velofahren stürzte und dabei eine Kniekontusion links erlitt (act. IIA 1, S. 4; vgl. E. 2.5).

5.1 Im Rahmen der kreisärztlichen Beurteilung vom 26. bzw. 28. November 2019 (in den Gerichtsakten) wurde durch Dr. med. G._____ schlüssig dargelegt (vgl. E. 3.2.3 hiervor), dass die nach dem 13. März 2018 geklagten Beschwerden am linken Kniegelenk nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 1. Juni 2008 zurückzuführen sind (S. 8). So stellte der Hausarzt Dr. med. H._____ in seinen Eintragungen in der Krankengeschichte am 9. Juni 2008 (in den Gerichtsakten) neben einem von der Schraube des Velolenkers verursachten, in Heilung befindlichen Kratzer eine vermehrte Schublade und eine reizlose Operationsnarbe bei Status nach Kreuzbandoperation links vom November 2005 fest. Soweit Dr. med. H._____ im Jahre 2018 mit der Begründung, im November 2005 habe keine Operation stattgefunden, diesen Passus in der Krankengeschichte durchstrich, ist dies zwar zutreffend, ändert indessen nichts am Umstand, dass er im Juni 2008 eine Operationsnarbe festgestellt hat. In diesem Zusammenhang ist ferner festzuhalten, dass Prof. Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ anlässlich der Konsultation vom 21. November 2005 – gestützt auf eine Arthro-MRI-Untersuchung vom 18. November 2005 (act. II 85, S. 9) – einen vorderen Kreuzbandriss und ein Knochenödemsyndrom im Bereich des medialen Femurkondyls links festgestellt haben (act. III), was zur Operation vom 12. April 2006 führte (act. II 85, S. 20 f.). Was schliesslich das erwähnte Schubladenphänomen betrifft ist festzuhalten, dass Dr. med. H._____ bereits am 24. Januar 2007 (Krankengeschichte; in den Gerichtsakten) eine Lockerung des vorderen Kreuzbandes links dokumentierte. Richtunggebende strukturelle Unfallfolgen nach dem 1. Juni 2008 sind damit keine dokumentiert.

5.2 Nach dem Gesagten ist erstellt, dass zwischen dem Ereignis vom 1. Juni 2008 und den geltend gemachten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht bzw. die Beschwerden keine Spätfolgen des Ereignisses vom 1. Juni 2008 sind.

6. Zusammenfassend ist gestützt auf die beweiskräftigen chirurgischen Beurteilungen von Dr. med. G._____ erstellt, dass die am 12. März 2018 noch bestehenden linksseitigen Kniebeschwerden weder mit dem Unfall vom 1. Juni 2008 noch dem Ereignis vom 24. Oktober 2017 in

einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen. Damit besteht über den 12. März 2018 hinaus kein Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin mehr. Folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Februar 2019 (act. II 92) bzw. die per 12. März 2018 terminierte Leistungspflicht nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.

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

7.2 Der unterliegende Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Die Beschwerdegegnerin und die Beigeladene haben als mit der Durchführung der Unfallversicherung betraute Institutionen praxisgemäss nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 4 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).