

200 19 610 UV
KNB/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Mai 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen
p.A. Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19-23,
4103 Bottmingen
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 12. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1993 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit 1. August 2009 bei der C. _____ AG angestellt und dadurch bei der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Helvetia bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 11. August 2017 verdrehte er sich am 27. Juli 2017 beim Fussball-Training das linke Knie und stürzte (Akten der Helvetia, Antwortbeilage [AB] K1.3). Die Helvetia anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. AB K8). Nach dem Beizug verschiedener Arztberichte stellte sie die Leistungen mit formlosem Schreiben vom 11. Juli 2018 (AB K8) per Datum dieses Schreibens ein, da die geplante Operation am linken Knie vom 23. Juli 2018 nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 27. Juli 2017 zurückzuführen sei. Nachdem sich der Versicherte damit nicht einverstanden gezeigt hatte (AB K12), hielt die Helvetia mit Verfügung vom 14. September 2018 (AB K17) an ihrer Beurteilung fest und stellte die bislang erbrachten Versicherungsleistungen per 11. Juli 2018 ein. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (AB K20) wies die Helvetia nach weiteren medizinischen Erhebungen mit Entscheid vom 12. Juni 2019 (AB K24) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, am 14. August 2019 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

Der Einspracheentscheid vom 12. Juni 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen nach UVG über den 11. Juli 2018 hinaus auszurichten.

Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 12. Juni 2019 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche nach UVG nach Vornahme

weiterer medizinischer Abklärungen, unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien, neu zu befinden.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 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 vom 12. Juni 2019 (AB K24), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen per 11. Juli 2018 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob auch nach diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob die darüber hinaus ge-

klagten Beschwerden am linken Knie in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 27. Juli 2017 stehen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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).

2.2 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).

2.2.1 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 entfiel ("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).

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).

2.2.2 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).

2.2.3 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).

2.2.4 Die am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen und vorliegend anwendbaren Änderungen vom 25. September 2015 des UVG (vgl. Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG) und vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202; vgl. Art. 147b UVV)

haben an den obigen Bestimmungen und der aufgeführten Rechtsprechung (vgl. E. 2.1 und 2.2 hiervor) materiell nichts geändert.

2.3 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 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 27. Juli 2017 beim Fussball-Training das linke Knie verdrehte und stürzte. Dieses Ereignis stellt einen Unfall im Rechtssinne dar (vgl. E. 2.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch für die danach aufgetretenen unfallkausalen Beschwerden (insbesondere) am linken Knie Versicherungsleistungen erbracht (vgl. AB K8).

Umstritten ist, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 11. Juli 2018 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die darüber hinaus geklagten Beschwerden am linken Knie in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 27. Juli 2017 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Notfallbericht der Klinik D. _____ vom 29. Juli 2017 (AB M2) wurde ein Trauma beim Fussballspielen Knie links mit Zustand nach Patellaluxation und Zerrung des medialen Seitenbandes diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe sich aufgrund einer Schwellung und Schmerzen im Notfall vorgestellt. Mittels Röntgenuntersuchung sei eine Fraktur ausgeschlossen worden. Das MRI des linken Knies habe einen deutlichen Kniegelenkserguss, eine längliche, schmale Knochenkontusionszone lateral im

lateralen Femurkondylus, eine laterale Subluxationsstellung der Patella, eine diskrete Fissur im retropatellären Knorpel, Signalstörungen auf Höhe des medialen Retinaculum patellae, eine Zerrung des medialen Seitenbandes sowie intakte Menisken und Kreuzbänder gezeigt. Die Befunde seien am ehesten vereinbar mit einem Status nach lateraler Luxation (und spontaner Reposition) der Patella (S. 1).

3.1.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 14. September 2017 (AB M4) einen Status nach traumatischer Patellaluxation links am 27. Juli 2017 mit retropatellärem Knorpeldefekt und einen Verdacht auf eine erneute Patellasubluxation links vom 13. September 2017. Nach initial gutem Verlauf habe der Beschwerdeführer vor rund zwei Wochen die Knieschiene weggelassen und die Intensität schrittweise gesteigert. Gestern sei es beim Durchführen von „Squats“ (Kniebeugen) mit wenig Gewicht zu einem erneuten Gefühl einer Patellasubluxation gekommen. Ansonsten habe zuvor eine gute Gehfähigkeit mit auch freier Mobilität auf der Treppe bestanden.

Im Bericht vom 26. Oktober 2017 (AB M5) führte Dr. med. E. _____ aus, der Beschwerdeführer berichte rund drei Monate nach dem Unfallereignis über eine generelle Besserung der Belastung des linken Kniegelenks. Es persistiere jedoch vor allem beim Treppenhinabsteigen und generell bei der belastenden Flexion ein unangenehmes Gefühl ventral im linken Knie.

Im Bericht vom 17. Mai 2018 (AB M6) führte der Facharzt aus, bei Status nach traumatischer Patellaluxation persistiere ein vor allem infrapatellär gelegener Restschmerz bei klinisch doch eindrücklicher Patellainstabilität. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik werde er das Kniegelenk mit einem Tape in der Rotation stabilisieren. Es sei davon auszugehen, dass im Anschluss die operative Therapie mit kniearthroskopischer Bilanzierung, posterolateraler Meniskusnaht und eventueller MPFL (mediales patellofemorales Ligament)-Rekonstruktion indiziert werden müsse.

3.1.3 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, nahm am 9. Juli 2018 insbesondere zur Unfallkausalität der Behandlung Stellung (AB M8). Der Heilverlauf zeige sich nicht

normal. Er werde durch eine flache Trochlea femoris und eine Subluxationsstellung der Patella beeinflusst. Beides sei anlagebedingt. Die vorgesehene Operation verbessere die Subluxationsstellung nicht. Es sei keine Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands mehr zu erwarten.

3.1.4 Am 23. Juli 2018 (AB M9) wurde das linke Knie des Beschwerdeführers durch Dr. med. E. _____ operativ saniert, wobei eine Kniearthroskopie links mit infrapatellärer Weichteilresektion, eine Knorpelstabilisierung retropatellär, eine Entfernung eines freien Gelenkkörpers, eine mediale Meniskusnaht Korpus/Vorderhorn sowie eine laterale Meniskusnaht zur posterolateralen Stabilisierung vorgenommen wurde. Vom Korpus bis zum Vorderhorn habe sich eine zirkulär verlaufende basisnahe inkomplette Meniskuläsion gezeigt.

3.1.5 Der Vertrauensarzt Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 14. August 2018 (AB M11) aus, der Beschwerdeführer habe sich anscheinend bei einem Bagateltrauma seine Patella am linken Knie luxiert, die sich selbständig wieder reponiert habe. Aufgrund einer flachen Trochlea, der Subluxationsstellung der Patella, der deutlichen Rotationsfehlstellung des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel, des geringen retropatellären Knorpelschadens und der geringen Weichteildefekte spreche das Geschehen für eine habituelle Luxation. Bei diesem Geschehen seien die Menisken nicht verletzt worden. Die Rissbildung medial und die Instabilität lateral hätten sich mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund des instabilen Kniegelenks im Laufe eines Jahres bis zu der Operation ausgebildet. Nach ca. 12 Wochen könnten die Folgen der Luxation der Patella als abgeheilt angesehen werden (S. 3). Dies unter Berücksichtigung der geringen Begleitschäden, der Innenbandzerrung und der Signalveränderung am medialen Retinaculum (S. 4). Ferner führte Dr. med. F. _____ aus, dass der Meniskusriss überwiegend wahrscheinlich Folge des instabilen Gelenks sei, lasse sich mit der geforderten Sicherheit daraus ableiten, dass sich die Menisken einen Tag nach dem Ereignis im MRI unauffällig gezeigt hätten. Ein Jahr später habe sich bei der Arthroskopie am medialen Meniskus ein Riss und lateral ein instabiler Meniskus gezeigt (S. 3).

3.1.6 Auf Ersuchen des Beschwerdeführers nahm Dr. med. E. _____ im Bericht vom 10. Oktober 2018 (AB M13) namentlich zur Unfallkausalität

der Operation vom 23. Juli 2018 Stellung. Der Beschwerdeführer habe vor dem Unfallereignis nie Kniebeschwerden gehabt und im Speziellen nie eine Instabilität der Kniescheiben bemerkt. Aufgrund dessen könne die etwas flach ausgebildete Trochlea nicht als Ursache für die stattgehabte Luxation geltend gemacht werden. Die Hauptursache für die Patellaluxation sei die im Rahmen des Valgustraumas gleichzeitig erlittene verstärkte Aussenrotation der Tibia gegenüber dem Femur gewesen. Im MRI habe keine Läsion der Menisken gefunden werden können. Es habe sich aber eine deutliche Strukturveränderung der Meniskusfixation gezeigt. Entsprechend sei davon auszugehen, dass es beim Unfallereignis zu einer Destabilisierung der Menisken im Ansatzbereich an der Kapsel gekommen sei. Die intraoperativ vorgefundene zirkuläre basisnahe Instabilität des Innenmeniskus könne retrospektiv bereits im MRI vom 28. Juli 2017 erkannt werden (S. 1). Wenn Dr. med. F. _____ die Meniskuläsion als Folge des instabilen Gelenks beurteile, müsse dieser Einschätzung klar widersprochen werden, sei die Läsion doch für das noch junge Alter des Beschwerdeführers sehr atypisch und sicher traumatischen Ursprungs. Weiter führte Dr. med. E. _____ aus, dass ein Status quo ante 12 Wochen nach erlittener Patellaluxation wieder erreicht werde, entspreche eigentlich nie der Realität. Sehr häufig persistierten auf Grund der Begleitschäden eine verminderte Belastungstoleranz des Gelenkes und auch regelmässig Instabilitätsgefühle. Im Weiteren spreche Dr. med. F. _____ von einer habituellen Luxation der Patella, was bereits aufgrund der Definition des Begriffs in keiner Art und Weise nachvollzogen werden könne, handle es sich doch beim Ereignis um eine erstmalige Patellaluxation. Im Weiteren sei festzuhalten, dass es sich beim Meniskusschaden nicht um einen klassischen Meniskusriss, sondern um eine basisnahe Desinsertion der meniskalen Fixation an der Kapsel handle. Zusammenfassend kam Dr. med. E. _____ zum Schluss, dass die bei der Operation behandelten Schäden im Kniegelenk klar auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (S. 2).

3.1.7 Dr. med. F. _____ nahm am 10. Februar 2019 namentlich zum Bericht von Dr. med. E. _____ vom 10. Oktober 2018 Stellung (AB M17). Zur Beweisführung für eine Unfallkausalität dürfe die reine Zeitachse nicht herangezogen werden. Dies würde nämlich bedeuten, dass alle aufgetretenen Beschwerden nach einem Unfall kausal zu diesem Er-

eignis wären, da sie zuvor nicht bestanden hätten. Soweit Dr. med. E. _____ davon ausgehe, die Hauptursache für die Patellaluxation sei die im Rahmen des Valgustraumas gleichzeitig erlittene verstärkte Aussenrotation der Tibia gegenüber dem Femur gewesen, würde dies bedeuten, dass Patellaluxationen sehr häufig bei geringen Distorsionstraumata am Knie auftreten würden. Dies sei bekanntermassen nicht der Fall. Weiter gehe Dr. med. E. _____ davon aus, dass es beim Unfallereignis zu einer Destabilisierung der Menisken im Ansatzbereich an der Kapsel gekommen sei. Hierfür seien die Veränderungen am Kapselbandapparat jedoch wesentlich zu gering. In der Literatur würden „adäquate Begleitverletzungen“ für eine traumatische Meniskuläsion gefordert. Dass die intraoperativ vorgefundene zirkuläre basisnahe Instabilität des Innenmeniskus retrospektiv bereits im MRI vom 28. Juli 2017 habe erkannt werden können, widerspreche der Beurteilung von der Degeneration der Menisken aufgrund der Instabilität des Gelenks nicht. Wenn Dr. med. E. _____ geltend mache, die Läsion sei für das noch junge Alter des Beschwerdeführers sehr atypisch und sicher traumatischen Ursprungs, sei anzumerken, dass der Beschwerdeführer 25 Jahre alt sei und Fussball spiele. Diese Sportart habe per se einen sehr hohen Verschleiss der Kniegelenke und Meniskusschäden zur Folge. Ferner seien massive Knorpelschäden in diesem Alter nach jahrelanger sportlicher Betätigung nicht selten. Er sei deshalb von einer habituellen Luxation der Patella und nicht von einer erstmaligen Patellaluxation auszugehen, da aufgrund der flachen Trochlea per se eine Subluxationsstellung der Patella vorhanden sei und der Beschwerdeführer am 13. September 2017 selbst wieder bei der Durchführung von „Squats“ mit wenig Gewicht das Gefühl einer Patellasubluxation angegeben habe (S. 3). Zusammenfassend hielt Dr. med. F. _____ an seinen vorherigen Beurteilungen fest. Die Patellaluxation sei eher Folge der anlagebedingten Trochleadysplasie, als einer Traumatisierung. Die Folgen der Luxation und nicht die Ursache der Luxation könne sicher nach ca. 12 Wochen als abgeheilt angesehen werden. Bei der Luxation seien lediglich das mediale Seitenband und das mediale Retinaculum gezerrt worden (S. 4).

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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Entscheid des BGer vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Vorliegend erfüllen die Aktenberichte von Dr. med. F. _____ vom 14. August 2018 (AB M11) und vom 10. Februar 2019 (AB M17) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Dr. med. F. _____ hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt

auf die einen Tag nach dem Unfall vom 27. Juli 2017 erstellte bildgebende Untersuchung des linken Knies vom 28. Juli 2017 (AB M1) und die diversen Berichte von Dr. med. E. _____ (AB M5 f., M9, M12 - M16) getroffen. Zudem hat er sich eingehend mit den divergierenden Ausführungen von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 10. Oktober 2018 (AB M17) auseinandergesetzt. Dabei hat er unter Bezugnahme auf die Anamnese bzw. die Schilderung des Ereignisses vom 27. Juli 2017, die klinischen Befunde, die Bildgebung, die Anatomie und die einschlägige Fachliteratur einleuchtend und nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 27. Juli 2017 eine Patellaluxation mit Zerrung des medialen Seitenbandes und des medialen Retinaculums erlitten hat, wobei der Status quo ante nach ca. 12 Wochen postuliert werden könne. Ferner hat er schlüssig dargelegt, dass der anlässlich der Operation vom 23. Juli 2018 festgestellte Meniskusriss überwiegend wahrscheinlich Folge des instabilen Gelenks und damit anlagebedingt ist (AB M11 S. 3 f.; M17 S. 3 f.). Diese Beurteilung ist in sich schlüssig und überzeugt. Darauf ist abzustellen.

3.4 Die gegen die Einschätzung von Dr. med. F. _____ beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. Was vorab die in formeller Hinsicht in Frage gestellte fachliche Qualifikation des Vertrauensarztes anbelangt (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 4), ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. F. _____ als Facharzt der Chirurgie über die erforderliche fachliche Qualifikation zur abschliessenden Beurteilung des streitigen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2017 und den Kniebeschwerden links verfügt.

3.5 Am Beweiswert der Aktenberichte von Dr. med. F. _____ vom 14. August 2018 (AB M11) und vom 10. Februar 2019 (AB M17) ändert ferner nichts, dass Dr. med. E. _____ im Bericht vom 10. Oktober 2018 (AB M13) einerseits verneint hat, dass der Status quo ante 12 Wochen nach erlittener Patellaluxation erreicht worden ist, und andererseits zum Schluss kam, dass der intraoperativ festgestellte Meniskusriss auf den Unfall vom 27. Juli 2017 zurückzuführen sei. Dr. med. F. _____ hat sich mit dieser Beurteilung einlässlich auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, weshalb dieser nicht gefolgt werden kann:

In Bezug auf die am 27. Juli 2017 (unbestrittenermassen) stattgehabte Patellaluxation legte Dr. med. F. _____ überzeugend dar, dass aufgrund der flachen Trochlea, der Subluxationsstellung der Patella, der deutlichen Rotationsfehlstellung des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel, des geringen retropatellären Knorpelschadens und der geringen Weichteildefekte von einer habituellen Luxation auszugehen sei und der Status quo ante unter Berücksichtigung der geringen Begleitschäden, der Innenbandzerrung und der Signalveränderung am medialen Retinaculum 12 Wochen nach dem Unfall vom 27. Juli 2017 postuliert werden könne (AB M11 S. 3 f.). Dass Dr. med. E. _____ das Bestehen einer habituellen Patellaluxation verneint hat (AB M13 S. 2), ändert vorliegend – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 7) – nichts. Dr. med. F. _____ hat einlässlich begründet, dass beim Beschwerdeführer von einer habituellen Patellaluxation auszugehen sei. Dabei wies er darauf hin, dass aufgrund der flachen Trochlea per se eine Subluxationsstellung der Patella bestehe. Zudem habe der Beschwerdeführer am 13. September 2017 – d.h. rund sieben Wochen nach dem Unfall vom 27. Juli 2017 – bei der Durchführung von „Squats“ mit wenig Gewicht das Gefühl einer Patellasubluxation angegeben (AB M17 S. 3). Letztlich muss die Frage, ob es sich hier um eine habituelle Patellaluxation handelt, nicht abschliessend beurteilt werden, da so oder anders der Status quo ante – entsprechend der Einschätzung des Vertrauensarztes – 12 Wochen nach der am 27. Juli 2017 erlittenen Patellaluxation erreicht worden ist. Dies steht im Übrigen im Einklang mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer Ende Oktober 2017 – und damit rund drei Monate nach dem Unfall vom 27. Juli 2017 – über eine generelle Besserung der Belastung des linken Kniegelenkes berichtete (AB M5). Immerhin ist festzuhalten, dass am 13. September 2017 kein Unfall stattgefunden hat, wird doch ein gewöhnlicher Bewegungsablauf geschildert.

Im Zusammenhang mit der intraoperativ festgestellten Meniskusläsion hat Dr. med. F. _____ nachvollziehbar begründet, weshalb sich die Rissbildung medial und die Instabilität lateral mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund des (krankhaft) vorbestehenden instabilen Kniegelenks im Laufe eines Jahres bis zu der Operation ausgebildet haben und damit nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 27. Juli 2017 zurückzuführen

sind. Dabei wies er insbesondere darauf hin, dass die Menisken anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 28. Juli 2017 intakt gewesen seien (AB M11 S. 3; vgl. AB M1). Dass die intraoperativ vorgefundene zirkuläre basisnahe Instabilität des Innenmeniskus gemäss Dr. med. E. _____ retrospektiv bereits im MRI vom 28. Juli 2017 zu erkennen ist, ändert vorliegend nichts (AB M13 S. 1), zumal Dr. med. E. _____ selber bestätigt hat, dass anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 28. Juli 2017 keine Läsion der Menisken festgestellt worden ist (AB M13 S. 1). Gestützt darauf kann der Einschätzung des Beschwerdeführers, dass die festgestellte Meniskusläsion bereits anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 28. Juli 2017 bestanden habe (Beschwerde S. 6 Ziff. 8), nicht gefolgt werden. Soweit Dr. med. E. _____ vorbringt, dass aufgrund der festgestellten deutlichen Strukturveränderung der Meniskusfixation davon auszugehen sei, dass es beim Unfallereignis zu einer Destabilisierung der Menisken im Ansatzbereich an der Kapsel gekommen sei (AB M13 S. 1), hat Dr. med. F. _____ unter Hinweis auf die einschlägige Fachliteratur überzeugend dargelegt, dass für eine traumatische Meniskusläsion „adäquate Begleitverletzungen“ vorliegen müssten und dass die festgestellten Veränderungen am Kapselbandapparat hierfür wesentlich zu gering seien (AB M17 S. 3). Wenn Dr. med. E. _____ weiter ausführt, dass die festgestellte Meniskusläsion für das noch junge Alter des Beschwerdeführers sehr atypisch und sicher traumatischen Ursprungs sei (AB M13 S. 2), hat Dr. med. F. _____ plausibel darauf hingewiesen, dass die vom Beschwerdeführer ausgeübte Sportart (Fussball) per se einen sehr hohen Verschleiss der Kniegelenke und Meniskusschäden zur Folge habe und zudem massive Knorpelschäden im Alter des Beschwerdeführers nach jahrelanger sportlicher Betätigung nicht selten seien (AB M17 S. 3).

Soweit Dr. med. E. _____ – wie im Übrigen auch der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 6 Ziff. 10) – den angeblichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2017 und dem Meniskusriss links resp. der Knieinstabilität links damit begründet, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei (AB M13 S. 1), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend ist, nach dessen Bedeutung eine gesund-

heitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

Nach dem Dargelegten erweist sich der Sacherhalt namentlich auch hinsichtlich der Frage eines Kausalzusammenhangs – bzw. dessen Fehlen – zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2017 und dem Meniskusriss als hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I) – in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) zu verzichten ist. Diesbezüglich bleibt darauf hinzuweisen, dass hier zwar zwei sich widersprechende ärztliche Beurteilungen vorliegen, jedoch hat sich der Vertrauensarzt Dr. med. F. _____ einlässlich mit der Beurteilung von Dr. med. E. _____ auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb dieser nicht gefolgt werden kann.

3.6 Nach dem Dargelegten ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Juli 2017 und den nach dem 11. Juli 2018 bestehenden Kniebeschwerden links nicht überwiegend wahrscheinlich.

3.7 Da der Meniskusriss zudem eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG darstellt, muss noch geprüft werden, ob allenfalls unter diesem Titel eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht.

Nachdem der Meniskusriss am linken Knie – wie soeben einlässlich dargelegt wurde – nicht auf das Ereignis vom 27. Juli 2017 zurückzuführen ist und es keinen Hinweis für ein nach dem besagten Ereignis eingetretenes initiales Ereignis gibt, ist die Vermutung nach Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen, d.h. der diagnostizierte Meniskusriss vorwiegend auf ein krankhaftes Geschehen bzw. eine Abnützung zurückzuführen (vgl. Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019, E. 9.2). Eine Leistungspflicht besteht somit auch nicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG.

3.8 Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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