

200 20 254 UV
KNB/TOZ/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Oktober 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 (UVGOB
12.200.764/2691)



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 1. Mai 2017 bis 30. April 2020 als Eishockeyspieler ... bei der B._____ AG angestellt und damit bei der AXA Versicherungen AG (AXA resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 4. März 2019 (Akten der AXA [act. II] 1) prallte er am 2. März 2019 bei einem Eishockeyspiel aufgrund eines Bodychecks in den Rücken gegen eine Bande und zog sich dabei eine Verletzung am linken Knie zu. Die AXA erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. II 2). Mit Schadenmeldung UVG vom 4. Juni 2019 (act. II 12) machte die Arbeitgeberin eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 29. Mai 2019 geltend. Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Beurteilung durch ihren beratenden Arzt, Dr. med. C._____, Facharzt für Chirurgie, vom 28. August 2019 (Akten der AXA [act. IIA] 15) stellte die AXA mit Verfügung vom 30. September 2019 (act. II 29) die vorübergehenden Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Beschwerden zum Unfallereignis per 28. Mai 2019 ein; die Heilbehandlungskosten für eine am 29. Mai 2019 durchgeführte Operation könnten somit nicht übernommen werden (vgl. act. II 42 S. 4 Ziff. 1.4). Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 34) und nach Einholung eines Aktenberichts ihres beratenden Arztes, Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 21. Februar 2020 (act. IIA 17) mit Entscheid vom 27. Februar 2020 (act. II 42) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 25. März 2020 Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung des Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen über den 28. Mai 2019 hinaus zu erbringen.

Am 2. April 2020 ging eine verbesserte Beschwerdeeingabe samt weiteren Unterlagen beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 15. Oktober 2020 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 (act. II 42). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aus dem das linke Knie betreffenden Ereignis vom 2. März 2019 über den 28. Mai 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen 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 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 [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 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).

2.2.2 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55). 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 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 Dass das Ereignis vom 2. März 2019 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten (vgl. KAISER/FERREIRO, Sozialversicherungsrechtliche Aspekte des Unfallbegriffs und des Wagnisses im Sport - eine Übersicht über die Rechtsprechung, in: SZS 2013 S. 585 f.). Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem besagten Ereignis zunächst vorübergehende Leistungen erbracht und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen - insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität - anerkannt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten (in Bezug auf das linke Knie) im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Ein vom Spital E. _____ am 2. März 2019 durchgeführtes Röntgen des linken Kniegelenks zeigte eine Patella bipartita sowie eine normale Morphologie der einsehbaren ossären und gelenkbildenden Strukturen. Es lägen keine abgrenzbaren Traumafolgen des linken Kniegelenks vor (act. IIA 3).

3.2.2 Eine vom Spital F. _____ am 4. März 2019 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Kniegelenks dokumentierte eine Patella bipartita, keine Fraktur, eine Synchondrose signalalteriert, eine mögliche Traumatisierung, keine wesentliche Dislokation, einen Längssplit der Quadrizepssehne (Musculus vastus lateralis) in Fortsetzung der Synchondrose (differenzialdiagnostisch: traumatisch, vorbestehend), eine Grad

II Läsion am distalen musklotendinösen Übergang des Musculus vastus lateralis und vastus intermedius mit fokaler Strukturunterbrechung, eine osteochondrale Läsion am lateralen Femurkondylus sowie eine Grad II Chondropathie retropatellar (act. IIA 2 S. 2).

3.2.3 Im Eintrag der Krankengeschichte der Klinik G._____ vom 4. März 2019 (act. IIA 5 S. 1) wurden eine Schürfung am linken Kniegelenk und eine massive Gelenksschwellung festgehalten. Es bestehe eine Kontusion am linken Knie bei Patella bipartita.

Im Eintrag vom 15. März 2019 führte die Klinik G._____ aus, der Beschwerdeführer habe vor zwei Tagen vermehrt trainiert, wobei der Erguss reagiert habe; gestern habe der Beschwerdeführer pausiert. Heute sei der Beschwerdeführer kurz auf dem Eis gewesen, bei forcierten Bewegungen habe er weniger Kraft gehabt. Es bestünden starke Schmerzen an der lateralen Patellafacette und ein "Erguss ++". Es seien eine Punktion und eine Injektion mit Sinovial One durchgeführt worden. Am darauffolgenden Tag wurde festgehalten, dass es dem Beschwerdeführer ein wenig besser gehe. Es bestünden weniger Schmerzen (act. IIA 5 S. 1).

Einem weiteren Eintrag der Klinik G._____ vom 20. März 2019 ist zu entnehmen, dass klinisch eine Schmerzlokalisierung lateral und etwas postero-lateral über der Patella bipartita vorliege. Die MRT-Untersuchung habe keine meniskeale oder ligamentäre Läsion ergeben. Es werde mit einem Kompressionsstrumpf, Klasse II, versucht. Die Klinik G._____ verordnete Physiotherapie. Am 24. März 2019 wurden rezidivierende Blockaden, ein Knacken und "freier Gelenkkörper?" festgehalten (act. IIA 5 S. 1).

3.2.4 Die Arthro-MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 25. März 2019 ergab eine vorbekannte traumatisierte Synchondrose bei Patella bipartita, diskrete Grad II Knorpelschäden zentral retropatellar, eine Grad I Chondropathie der medialen Patellafacette, einen diskreten oberflächenirregulären Knorpel am lateralen Femurkondylus aussenseitig suprameniskal posterior, kleinste Knorpelflakes/Debris popliteal medial suprameniskal sowie ein progredient ödemähnliches Knochenmarksignal/einen Bone bruise im lateralen Femurkondylus (act. IIA 4 S. 1).

3.2.5 Die Klinik G._____ hielt im Eintrag der Krankengeschichte vom 25. März 2019 weniger Erguss am linken Knie fest (act. IIA 5 S. 1). Am 29. März 2019 führte sie aus, dem Beschwerdeführer gehe es an sich besser, jedoch sei er nicht beschwerdefrei. Trotzdem habe er gut trainieren können. Er werde eine nStride-Injektion erhalten (act. IIA 5 S. 1 f.).

Einem weiteren Eintrag der Klinik G._____ vom 2. April 2019 ist zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer deutlich besser gehe; er habe heute wieder gespielt (act. IIA 7).

3.2.6 Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Sprechstundenbericht vom 5. April 2019 (act. IIA 14 S. 1) als Befunde einen Erguss sowie eine Überwärmung, eine schmerzbedingte, jeweils ein paar Grade eingeschränkte Extension/Flexion und eine Druckdolenz vor allem am oberen lateralen Patellarand fest. Es werde eine Neuraltherapie durchgeführt.

In einem weiteren Sprechstundenbericht vom 8. April 2019 (act. IIA 14 S. 1) führte Prof. Dr. med. H._____ aus, initial nach der Neuraltherapie sei es zu einer Besserung gekommen. In der Folge seien belastungsabhängige Schmerzen aufgetreten. Es sei erneut eine Neuraltherapie durchgeführt worden.

3.2.7 Im Eintrag der Krankengeschichte vom 9. April 2019 hielt die Klinik G._____ fest, es sei ein Freezing der Bursa präpatellaris durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer fühle sich besser, sei aber nicht beschwerdefrei. Am 13. April 2019 wurde nochmals eine Infiltration mit Carbostesin 0.5 durchgeführt. Die Klinik G._____ führte am 20. April 2019 aus, dem Beschwerdeführer gehe es recht gut, jedoch habe er keine Einsätze mehr gehabt. Es werde vorerst abgewartet (act. IIA 6).

3.2.8 Im Sprechstundenbericht vom 14. Mai 2019 (act. IIA 14 S. 1) berichtete Prof. Dr. med. H._____, der Beschwerdeführer habe in Ruheposition einen "lähmenden" Schmerz am oberen lateralen Patellapol, teilweise einschiessend. Es werde erneut eine Neuraltherapie durchgeführt. Es seien weitere Abklärungen vorgesehen.

3.2.9 Die Klinik G._____ hielt im Eintrag der Krankengeschichte vom 27. Mai 2019 (act. IIA 9) eine instabile Patella bipartita des linken Knies fest. Während der dreiwöchigen Ferien habe der Beschwerdeführer nichts gemacht, dennoch seien nach einem leichten Krafttraining vom 22. Mai 2019 Schmerzen lateral proximal, distal und medial distal aufgetreten. Am linken Knie zeige sich ein Erguss.

3.2.10 Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik G._____, diagnostizierte im Bericht vom 28. Mai 2019 (act. IIA 13) eine posttraumatische Instabilität der Patella bipartita links (act. IIA 13 S. 1). Als Befunde nannte er eine leichte, diffuse Schwellung des Gelenkes, vor allem lateral, einen Gelenkserguss, ein ca. 10 x 12 mm grosses, sehr lateral liegendes und deutlich bewegliches Fragment, eine starke Schmerzauslösung bei Palpation und Bewegung sowie eine Muskelatrophie. Die Flexion sei fast wieder vollständig und die Extension sei normal. Beim Beschwerdeführer bestünden drei Monate nach dem primären Trauma immer noch sofort auftretende und sich verstärkende Belastungsschmerzen am linken Kniegelenk. Eine Indikation zur operativen Revision, Entfernung des Stückes sowie Abrundung der lateralen Patella mit Rekonstruktion der anhaftenden Teile des lateralen Retinaculums sei klar gegeben. Es könne mit einer Wiederaufnahme des Eistrainings ab Anfang August 2019 gerechnet werden (act. IIA 13 S. 2).

Am 29. Mai 2019 wurde der Beschwerdeführer von Prof. Dr. med. I._____ am linken Knie operiert (Revision der Patella links, Fragmentexzision, Abrundung der lateralen Patellafacette, Refixation des lateralen Retinakulums und der Sehne des Musculus vastus lateralis). Es wurde eine traumatisierte Patella bipartita links diagnostiziert (act. IIA 10).

Im Austrittsbericht vom 31. Mai 2019 (act. IIA 11) beschrieb Prof. Dr. med. I._____ einen komplikationslosen Hospitalisationsverlauf; die Mobilisation an Krücken mit Sohlenkontakt sei zeitgerecht erfolgt. Der Beschwerdeführer habe am 30. Mai 2019 bei reizlosen Wundverhältnissen und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Durch die Physiotherapie erfolgten primär eine Instruktion und eine krankengymnastische Behandlung (act. IIA 11 S. 1).

3.2.11 Die Klinik G._____ hielt im Eintrag der Krankengeschichte vom 5. Juni 2019 fest, der Beschwerdeführer habe eine Woche postoperativ nach Entfernung der lateralen Patellaanteile wegen eines massiven Gelenkergusses und eines fiebrigen Gefühls die Klinik aufgesucht. Das linke Knie sei geschwollen, aber kaum dolent. Es bestehe ein Hämatom popliteal. Am 12. Juni 2019 führte die Klinik G._____ aus, es bestehe noch ein deutlicher Erguss am linken Knie. Es liege ein Status nach Resektion des nekrotischen Anteils der Patella bipartita vom 29. Mai 2019 vor (act. IIA 12).

3.2.12 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C._____, verneinte im Aktenbericht vom 28. August 2019 (act. IIA 15) einen natürlichen Kausalzusammenhang der geklagten Beschwerden zum Ereignis vom 2. März 2019. Zur Begründung führte er aus, es fänden sich relevante, unfallfremde Faktoren ohne bildgebend oder intraoperativ festgehaltenes unfallkausales Korrelat. Im vorliegenden Dossier seien die vom Radiologen und Operateur verwendeten Begriffe versicherungsmedizinisch verwirrend bzw. in sich widersprüchlich. Eine Patella bipartita sei ein vorbestehender, unfallfremder angeborener Befund. Eine Unfallfolge wäre eine Patellafraktur, welche jedoch weder vom Radiologen noch von Prof. Dr. med. I._____ erwähnt worden sei. Bei der von Prof. Dr. med. I._____ gestellten Diagnose einer traumatisierten Patella bipartita finde sich kein unfallkausal definierter, morphologisch fassbarer Befund in Form einer fotografisch dokumentierten Fraktur. Es sei davon auszugehen, dass bei der Operation der unfallfremde Knochenanteil der lateralen Patella bipartita und damit kein unfallkausales Korrelat entfernt worden sei. Zudem finde sich im zeitnah durchgeführten MRT-Bild vom 4. März 2019 kein kontusionsbedingter, auf eine relevante Kontusion zurückzuführender Bone bruise, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine relevante Kontusion der Patella mit Frakturfolge spreche.

3.2.13 Stellung nehmend dazu hielt Prof. Dr. med. I._____ am 3. Oktober 2019 fest, dass die Begründung von Dr. med. C._____ nicht nachvollziehbar sei. Das von diesem ausgewählte Bild 1 zeige einen axialen MRT-Schnitt im distalen Bereich des Femoropatellargelenks. Die Auswahl dieses Bildes sei aber unverständlich, da die Patella bipartita immer

im proximalen Patellaanteil liege und der vorliegende Schnitt die Problematik gerade nicht darstellen würde. Die Schnitte weiter proximal der MRT-Untersuchung vom 4. März 2019 zeigten eindeutig eine separierte und traumatisierte Patella bipartita mit Ödem und Flüssigkeitsansammlung im ehemaligen Synostosenbereich. Gleichzeitig seien auch die lateralen Strukturen deutlich kontusioniert und es bestehe ein Gelenkserguss. Auch die coronalen Schichten zeigten im proximalen Anteil eindeutig separierte und traumatisierte Knochenanteile (act. IIA 16 S. 1). Zusammenfassend bestehe mit "absolut sicherer Wahrscheinlichkeit" ein direkter Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 2. März 2019 und den Beschwerden des Beschwerdeführers. Zum eindeutigen Beweis seien diesem Schreiben die richtigen Schnitte angefügt worden, welche das Problem zeigen würden (act. IIA 16 S. 2).

3.2.14 Hierzu nahm der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. _____, im Aktenbericht vom 21. Februar 2020 (act. IIA 17) Stellung und führte aus, aufgrund der Angaben des Schadensmechanismus und des klinischen sowie radiologischen Schadensbildes bestünden keine zwingenden Hinweise auf eine punktuell umschriebene unphysiologische Belastung am Ort der Patella bipartita, um eine richtungsweisende strukturelle Schädigung an diesem Ort der Synchondrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit postulieren zu können. Die Zeichen einer Kniekontusion links (unter dem Schutz des Knieschoners) seien wohl erkennbar, betreffen aber klinisch und morphologisch nicht relevant das Femoropatellargelenk. Durch die Kontusion sei der laterale Femurcondylus dominant mitbetroffen worden und erkläre die laterale Schmerzsymptomatik sicher einmal in den ersten Monaten. Eine morphologische direkte Nachbarschaft der Schädigungszeichen zum Femoropatellargelenk lasse sich aber nicht ableiten. Unter der konservativen Therapie habe sich in den ersten Wochen ein Decrescendo-Charakter gezeigt, so dass eine Teilnahme an den vorherigen Sportaktivitäten mit gewissen Grenzen der Belastbarkeit möglich gewesen sei. Die Symptomatik habe sich nach zwei Monaten verändert und Crescendo-Charakter gezeigt, teilweise auch als Ruheschmerz, was gegen eine mechanische Irritation spreche. Hierfür am ehesten beweisend sei der fehlende Nachweis einer Kontinuitätstrennung im Bereich der Synchondro-

se in den zwei kurz nacheinander folgenden MRT-Abklärungen und einer Bone-Bruise-Manifestation im Patellabereich (act. IIA 17 S. 8 Ziff. II).

Das Schadensbild mit dem Bone Bruise lateral weise klar auf eine lateral seitliche Kontusionswirkung hin, femorotibial seien keine wesentlichen Kontusionsfolgen erkennbar, welche auf eine übermässige Beugebelastung hinweisen würden. Dass die Strukturen auch oberhalb des Knies von einer Kontusion betroffen gewesen sein sollten, spreche eher für eine Krafteinwirkung auf die Weichteile an der Grenze zum Knieschoner. Die bildgebend und klinisch nachgewiesenen Kontusionsveränderungen am linken Knie, welche die subcutanen vorderen und lateralen paraartikulären Weichteile sowie den lateralen Femurcondylus betreffen, hätten sich gemäss dem MRT-Bild vom 25. März 2019 bereits deutlich zurückgebildet. Funktionell sei der klinische Zustand am 24. April 2019 für ein sportliches Training recht gut gewesen. Das Datum für den Status quo ante vel sine könne somit auf den 24. April 2019 gesetzt werden (act. IIA 17 S. 8 f. Ziff. III.1).

Was die Einwände des Beschwerdeführers resp. des Prof. Dr. med. I. _____ angehe, so handle es sich bei der Patella bipartita um eine proximale Anlagevariante der lateralen Patella, primär ohne Krankheitswert. Prof. Dr. med. I. _____ habe dieses Fragment palpatorisch als instabil beurteilt und sei davon ausgegangen, dass diese Instabilität traumatisch entstanden sei. Die wiederholten MRT-Abklärungen hätten aber zwingend den Nachweis einer Kontinuitätsunterbrechung bringen müssen, was hier eindeutig nicht der Fall gewesen sei. Zudem könnten weder der beratende Arzt noch der bezüglich der muskuloskelettalen Veränderungen subspezialisierte, konsiliarisch beigezogene Radiologe die Einschätzung von Prof. Dr. med. I. _____, es handle sich in der MRT-Aufnahme um eine "deutliche Separation im Bereich der Synostose mit Flüssigkeitseinlagerung", nachvollziehen. Der Begriff "Synostose" bedeute definitionsgemäss, dass eine knöcherne Verbindung aus zuvor knorpeliger Verbindung entstanden sei. Dies sei hier nicht korrekt, es liege keine Synostose vor. Es handle sich um eine "Synchondrose", da die Verbindung stets knorpelig gewesen und auch geblieben sei. Wäre eine Synostose vorgelegen, hätte man eine Fraktur nachweisen müssen. Das Fehlen eines Bone Bruise am Ort der Synchon-

drose und an der Patella generell spreche gemäss der versicherungsmedizinischen Standardliteratur gegen eine Kraffteinwirkung an dieser Stelle, zumal am lateralen Femurcondylus prompt eine deutliche Knochenödembildung entstanden sei. Die Vermutung von Prof. Dr. med. I. _____ anlässlich der Operation, es handle sich teilweise um nekrotische Fragmente, lasse sich radiologisch nicht nachvollziehen, auch wenn zwischen den Abklärungen und der Operation zwei Monate vergangen seien (act. IIA 17 S. 9 Ziff. III.2). Die Bezeichnung der von Prof. Dr. med. I. _____ gestellten Operationsdiagnose einer traumatisierten Patella bipartita sei grundsätzlich nicht falsch, jedoch nur ein Teil der Diagnose und sage nichts über eine geschädigte Struktur aus. Dr. med. D. _____ kam zum Schluss, dass die Ausführungen von Prof. Dr. med. I. _____ - im Gegensatz zu denjenigen des beratenden Arztes Dr. med. C. _____ (act. IIA 17 S. 10 Ziff. III.3) - nicht nachvollziehbar seien (act. IIA 17 S. 10 Ziff. III.2).

3.3 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).

3.3.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 (act. II 42) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dr. med. C. _____ vom 28. August 2019 (act. IIA 15) und Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2020 (act. IIA 17) gestützt, wonach in Anbetracht des Schadensmechanismus und des klinischen sowie radiologischen Schadensbildes keine zwingenden Hinweise auf eine punktuell umschriebene unphysiologische Belastung am Ort der Patella bipartita bestünden, um eine richtungsweisende strukturelle Schädigung an diesem Ort der Synchondrose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit postulieren zu können. Eine morphologische direkte Nachbarschaft der Schädigungszeichen zum Femoropatellargelenk lasse sich nicht ableiten (act. IIA 17 S. 8 Ziff. II). Die bildgebend und klinisch nachgewiesenen Kontusionsveränderungen am linken Knie, die die subcutanen vorderen und lateralen paraartikulären Weichteile sowie den lateralen Femurcondylus betreffen, hätten sich gemäss dem MRT-Bild vom 25. März 2019 bereits deutlich zurückgebildet (act. IIA 17 S. 8 f. Ziff. III.1). Das Datum für den Status quo ante vel sine könne auf den 24. April 2019, als funktionell der klinische Zustand wieder gut gewesen sei, gesetzt werden (act. IIA 17 S. 9 Ziff. III.1). Die beratenden Ärzte verneinten somit einen natürlichen

Kausalzusammenhang der über dieses Datum hinaus fortbestehenden Beschwerden zum Ereignis vom 2. März 2019 und qualifizierten die bei der Operation vom 29. Mai 2019 (act. IIA 10) entfernten Knochenanteile der lateralen Patella bipartita als unfallfremd (act. IIA 15 S. 2).

Dieser Beurteilung steht die Einschätzung von Prof. Dr. med. I. _____ vom 3. Oktober 2019 (act. IIA 16) entgegen, wonach die Schnitte weiter proximal der MRT-Untersuchung vom 4. März 2019 eindeutig eine separierte und traumatisierte Patella bipartita mit Ödem sowie Flüssigkeitsansammlung im ehemaligen Synostosenbereich und auch die coronalen Schichten im proximalen Anteil eindeutig separierte sowie traumatisierte Knochenanteile zeigen würden. Gleichzeitig seien auch die lateralen Strukturen deutlich kontusioniert gewesen und es habe ein Gelenkerguss bestanden (act. IIA 16 S. 1). Prof. Dr. med. I. _____ bejahte einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 2. März 2019 und den Kniebeschwerden links (act. IIA 16 S. 2).

3.4.1 Die oben genannten Ärzte haben ihre Schlussfolgerungen insbesondere auf die zeitnah zum Unfall durchgeführten bildgebenden Untersuchungen vom 2., 4. und 25. März 2019 (act. IIA 2 bis 4) gestützt, wobei sie die MRT-Bilder unterschiedlich interpretiert haben. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bezüglich der Einschätzung von Prof. Dr. med. I. _____ - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2) - nicht nur eine pauschale Bejahung der Unfallkausalität im Sinne von "post hoc, ergo propter hoc" (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2), sondern eine differenziert begründete Beurteilung vorliegt. Dies zeigt sich denn auch in dem umfangreichen - nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten - Aktenbericht des beratenden Arztes Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2020 (act. IIA 17) zu den Argumenten von Prof. Dr. med. I. _____. In dem mehrseitigen Aktenbericht ist Dr. med. D. _____ auf die verschiedenen Einwände von Prof. Dr. med. I. _____ eingegangen und hat dargelegt, weshalb die Unfallkausalität seiner Ansicht nach zu verneinen sei. Beide Ärzte sind Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und somit unbestrittenermassen kompetent zur Beantwortung der im

Zentrum dieses Falls stehenden Fragen. Beide Experten haben ihre - auf den jeweils voneinander erheblich abweichenden Interpretationen der MRT-Bildern beruhenden - Schlussfolgerungen sorgfältig begründet. Damit besteht hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung ein Widerspruch, der durch den medizinischen Laien nicht im Rahmen der Beweiswürdigung aufgelöst werden kann. Daran vermögen die Ausführungen der Ärzte bezüglich der unterschiedlichen Verwendung von Begriffen (act. IIA 15 S. 2 und IIA 17 S. 9 Ziff. III.2) oder betreffend die falsche Auswahl der MRT-Schnitte (act. IIA 16 S. 1 f.) nichts zu ändern. Denn obwohl die Argumente der beratenden Ärzte nicht (ohne Weiteres) von der Hand zu weisen sind, sind die Ausführungen von Prof. Dr. med. I. _____ durchaus geeignet, zumindest Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen zu wecken. Mithin genügen diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen Bericht (vgl. E. 3.3.1 f. hiervor) nicht, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Ebenso wenig kann auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. I. _____ vom 3. Oktober 2019 (act. IIA 16) oder auf die übrigen medizinischen Akten abschliessend abgestellt werden. Diese geben für sich alleine keinen bzw. keinen genügenden Aufschluss über die Kausalitätsfrage.

3.4.2 Mit Blick auf die gezeigte Ausgangslage ist zusammenfassend festzuhalten, dass zumindest Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilungen von Dr. med. C. _____ vom 28. August 2019 (act. IIA 15) und von Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2020 (act. IIA 17) bestehen bzw. die vorhandenen medizinischen Akten in Bezug auf die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 2. März 2019 einerseits und dem Gesundheitsschaden am linken Knie des Beschwerdeführers und den daraus resultierenden Beschwerden sowie der Operation vom 29. Mai 2019 andererseits keine hinreichend zuverlässige Beurteilung erlauben. Erforderlich ist somit die Einholung eines klärenden externen fachmedizinischen Gutachtens (vgl. 3.3.2 hiervor). Zudem wird - vorgängig zum externen Gutachten - auch der genaue Schadensmechanismus möglichst weiter zu klären sein, ging doch der beratende Arzt Dr. med. D. _____ beim Anprall des linken Knies in die Bande von einer

ventralen Kontusion in einer gewissen Beugstellung des Knies aus (act. IIA 17 S. 6), während Prof. Dr. med. I. _____ eine direkte Kontusion der Patella in maximaler Knieflexion beschrieb (act. IIA 13 S. 1).

4.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2020 (act. II 42) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein externes fachmedizinisches Gutachten zur Kausalität der Kniebeschwerden links einhole und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

5.

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

5.2 Trotz seines Obsiegens hat der nicht vertretene Beschwerdeführer nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung seiner Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Be-
sorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 27. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen,

damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen
- neu verfüge.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteien-
tschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____ (samt prozessleitender Verfügung vom 10. Juli 2020 und
Beschwerdeantwort [am 28. Juli 2020 von der Post als nicht abgeholt
retourniert])
 - AXA Versicherungen 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.