

200 21 105 UV
JAP/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. April 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert als er sich gemäss Schadenmeldung UVG am 5. Dezember 2018 beim Hantieren mit einer ... mit einer Hand auf das Waschbecken stützte, dabei das Waschbecken umkippte und es in der Folge zum Sturz kam, bei dem er mit dem Kopf ans Waschbecken prallte und sich eine Schnittwunde an der Stirn zuzog sowie den linken Mittelfinger ausrenkte (Akten der Suva [act. II] 1). Anlässlich einer ärztlichen Konsultation am 18. Dezember 2018 beklagte der Versicherte eine drastische Zunahme seiner Knieinstabilität rechts (vgl. act. II 27). Die Suva erbrachte im Zusammenhang mit diesem Ereignis die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (vgl. act. II 5 f.). Mit Schreiben vom 23. März 2020 (act. II 14) ersuchte der Versicherte die Suva um Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitation im C. _____ von November 2019 bis Januar 2020 und um Aufnahme der Erbringung der Versicherungsleistungen aufgrund eines Knieprothesen-Wechsels vom 14. November 2019 (vgl. hierzu act. II 28 f.). Gestützt auf eine Beurteilung durch med. pract. D. _____, Facharzt für Chirurgie, ... (act. II 48), stellte die Suva die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 7. August 2020 (act. II 51) rückwirkend per 20. August 2019 ein. Eine dagegen erhobene Einsprache (act. II 52) wies sie mit Entscheid vom 29. Dezember 2020 (act. II 58) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 1. Februar 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Dezember 2020 sei aufzuheben.

2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, die Erbringung der Versicherungsleistungen rückbezüglich seit dem 20. August 2019 wieder aufzunehmen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. März 2021 edierte der Instruktionsrichter die Akten des parallelen Beschwerdeverfahrens UV/2020/707.

Der Beschwerdeführer hielt mit freiwilliger Replik vom 15. März 2021 an den beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde - unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung - einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2020 (act. II 58). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 (Schaden-Nr. 27.66717.18.0) und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zulässigerweise per 20. August 2019 terminierte und einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen verneinte. Soweit der Beschwerdeführer einen weiteren Leistungsanspruch alternativ mit einem Kausalzusammenhang zwischen den rechtsseitigen Kniebeschwerden und dem Ereignis vom 13. Dezember 1995 (Schaden Nr. ...; vgl. dazu Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 12. März 2021, UV/2020/707) begründet (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 3 Art. 8), bewegt er sich ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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 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).

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 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).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also 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 schicksalsmässigem 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 blosser 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 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 (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 Aufgrund der Akten erstellt und zwischen den Parteien unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 5. Dezember 2018 (vgl. act. II 1) einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) erlitt. Die Beschwerdegegnerin erbrachte denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (vgl. act. II 5 f., 51 S. 2). Umstritten ist hingegen die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 20. August 2019 hinaus.

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Überweisungsschreiben an Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. Dezember 2018 (act. II 27) fest, der Beschwerdeführer sei am 5. Dezember 2018 gestürzt und habe sich mit dem linken Arm abstützen wollen. Dabei habe er sich den Mittelfinger im PIP-Gelenk ausgerenkt und eine klaffende Riss-Quetsch-Wunde an der Stirn zugezogen. Über das rechte Knie habe er anlässlich der Erstversorgung nicht geklagt. Bei der heutigen Konsultation habe der Beschwerdeführer eine drastische Zunahme seiner Knieinstabilität rechts beklagt. Das angefertigte Röntgenbild zeige einen grösseren Defekt am medialen Tibiaplateau, welcher neu sei gegenüber der Voraufnahme. Ein 13 x 5 mm grosses Fragment sei offenbar nach medial herausgedrückt worden.

3.2.2 Im Konsiliarbericht vom 3. Januar 2019 (act. II 7) vermerkte Dr. med. F. _____ die nachstehenden Diagnosen:

- Massives Valgus- und Aussenrotationstrauma sowie partielle mediale Seitenbandavulsionsfraktur Knie rechts bei Sturz vom 5. Dezember 2018
- Sensomotorische inkomplette Paraplegie L3
- Status nach subtotaler Patellektomie Knie rechts mit Gelenkspülung und Inlaywechsel vom 28. September 2017 mit/bei:
 - Frühinfekt nach Gelenkspülung und Osteosynthesematerialentfernung (OSME) Patella rechts vom 21. September 2017
 - Status nach offener Revision und Optimierung der femoralen Aussenrotation durch Wechsel der Femurkomponente und laterale Fazettektomie sowie ausgedehntem

- lateralem Release und Kompressionsosteosynthese der Patellalängsfraktur rechts vom 19. Januar 2017
- Patellalängsfraktur bei Status nach Knie totalprothesenimplantation rechts wegen massiver Valgus- und Aussenrotationsfehlstellung im Rahmen einer Kondylusnekrose mit Einbruch des lateralen Tibiaplateaus vom 16. März 2012
- Achillessehnenruptur links vom 20. April 2017

Der Orthopäde erklärte, der Beschwerdeführer sei an Stöcken nach wie vor gehfähig. Er gehe mit einer massiven Aussenrotation und Valgusstellung im rechten Kniegelenk und schleudere beim Gehen den rechten Unterschenkel nach vorne als Folge der Parese der Quadrizepsmuskulatur. Nun sei es am 5. Dezember 2018 noch einmal zu einem Sturzereignis mit starken Schmerzen im Bereich des medialen Gelenkkompartiments gekommen. Die Instabilität habe subjektiv noch einmal stark zugenommen.

3.2.3 Dr. med. E. _____ hielt im Überweisungsschreiben an das Spital G. _____ vom 29. Januar 2019 (act. II 10) insbesondere fest, am 5. Dezember 2018 sei es zu einem fatalen Sturz auf den Schädel frontal mit grosser Rissquetschwunde und unklarer Läsion am rechten Kniegelenk mit konsekutiver Zunahme der Instabilität gekommen.

3.2.4 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Bericht über die Sprechstunde vom 20. Oktober 2019 (act. II 13) eine Lockerung der Tibiakomponente bei mangelnder muskulärer Stabilisierung des Kniegelenks im Rahmen einer sensomotorischen und inkompletten Paraplegie und Status nach Sturz im Januar 2019 (richtig wohl: Dezember 2018) mit proximaler Fibulafraktur rechts und fraglicher Begleitfraktur der proximalen lateralen Tibia rechts (...), eine Achillessehnenruptur links vom 20. April 2017 sowie ein chronisches Schmerzsyndrom. Beim Beschwerdeführer bestehe eine inkomplette Paraparese rechts mit weitgehend fehlender Quadriceps-Innervation. In Folge dessen sei es zu einer Stabilisierung des Gelenkes durch Aussendrehen des Oberschenkels und zu einer passiven Stabilisation mit dem medialen Seitenbandapparat gekommen. Verstärkt werde diese Situation durch den ausgesprochenen Knick-Senkfuss und die zusätzlich fehlende Stabilisation bei Status nach Achillessehnenruptur. Als Folge dessen sei es im Knie initial zu einer schwersten Valgusfehlstellung und Femurkondylusnekrose gekommen. Diese sei mittels einer Knie totalprothese versorgt worden, die während einigen Jahren gut funktioniert habe. In der

Folge sei es zu einer zunehmenden Subluxation der Patella mit Ermüdungsfraktur derselben gekommen. Eine Rezentrierung durch vermehrte Aussenrotation der Femurkomponente und Osteosynthese der Patella sei letztlich auch als Folge der fehlenden muskulären Stabilisation nicht gelungen. Als ultima ratio sei eine Patellektomie geblieben. Die Situation habe sich anschliessend nach Ruptur der Achillessehne verschlechtert. Durch die vermehrte Knick-Senkfuss-Belastung habe der Valgusstress auf das rechte Knie noch einmal stark zugenommen. Zudem sei ein Sturz mit Abriss des medialen Seitenbandapparates erfolgt. Vermutlich ebenfalls bei diesem Sturz sei es zu einer dislozierten Tibiaschaftfraktur gekommen.

3.2.5 Im Austrittsbericht des Spitals G._____, in welchem der Beschwerdeführer vom 13. bis zum 21. November 2019 hospitalisiert war (act. II 28), diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem eine Lockerung der Tibiakomponente bei mangelnder muskulärer Stabilisierung des Kniegelenks im Rahmen einer sensomotorischen und incompletten Paraplegie rechts bei Status nach Sturz im Januar 2019 (richtig wohl: Dezember 2018) mit proximaler Fibulafraktur rechts und fraglicher Begleitfraktur der proximalen lateralen Tibia rechts sowie einen Status nach "Knie-Implantation" rechts 2012 mit folglich Wechsel der femoralen Komponente bei chronischer Patellasubluxation mit Patellaquerfraktur und Frühinfekt nach Osteosynthese der Patella und anschliessender Patellektomie Knie rechts am 28. September 2017 (...). Am 14. November 2019 sei ein Knie-TP-Wechsel rechts (EnRo rotating hinch; vgl. Operationsbericht vom 14. November 2019 [act. II 29]) vorgenommen worden.

3.2.6 Med. pract. D._____ hielt in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 31. Juli 2020 (act. II 48) fest, bereits im Zeitpunkt des Berichts von Dr. med. F._____ vom 22. Februar 2018 (vgl. act. II 42) habe eine deutliche Instabilität des rechten Kniegelenks bestanden und am 6. Juni 2018 sei ein deutlicher Reizzustand des Gelenks dokumentiert worden (vgl. Akten im Verfahren UV/2020/707 [act. III] 336). Der Reizzustand und die Instabilität seien mit einer Lockerung der Endoprothese zu erklären. Auf der Röntgenaufnahme vom 17. Dezember 2018 imponiere innenseitig eine deutliche Aufhellungszone unterhalb des medialen Plateaus

der tibialen Prothesenkomponente. Es entstehe der Eindruck, dass die tibiale Komponente gelockert sei. Eindeutige Hinweise auf eine Fraktur fänden sich weder an der Tibia noch an der Fibula (S. 11). Es fehlten zudem initial die Zeichen einer akuten schweren Verletzung, die zu dem von Dr. med. F._____ mit dem Bericht vom 3. Januar 2019 (vgl. act. II 7) postulierten „massiven Valgus- und Aussenrotationstrauma“ passten. So habe Dr. med. E._____ von einer „unklaren Läsion“ am rechten Kniegelenk und einer konsekutiven Zunahme der Instabilität berichtet (vgl. act. II 10). Wenn die Bänder akut verletzt worden wären, hätte daraus sofort eine Instabilität resultiert. Dr. med. F._____ komme daher mit seiner Beurteilung vom 3. Januar 2019 auch zum Schluss „dementsprechend [sei] es zu einer Auslockerung des kollateralen Seitenbandapparats sowohl medial als auch lateral von grossem Ausmass gekommen“ (vgl. act. II 7) und beschreibe damit einen chronischen Prozess (S. 12). Diese Bewertung werde durch den Vergleich der Röntgenaufnahmen vom 17. Dezember 2018 mit den Aufnahmen vom 2. Oktober 2017 unterstützt. Die Weichteilverknöcherung, die von Dr. med. F._____ als Avulsion des medialen Kollateralbands angesehen worden sei, sei zu diesem Zeitpunkt bereits vorhanden gewesen. Die tibiale Komponente der Endoprothese weise einen Zwischenraum medial und lateral zum Tibiaplateau auf. Die Resektionslinie verlaufe leicht schräg von lateral oben nach medial unten. Der Prothesenstern weise einen zarten Saum als Zeichen einer möglichen beginnenden Lockerung auf. Es sei somit im Verlauf zu einer (weiteren) Auslockerung und Lageveränderung der tibialen Komponente der Totalendoprothese (TEP) gekommen. Der Spalt zwischen dem lateralen Anteil der tibialen Komponente und dem Tibiaplateau sei auf der Röntgenaufnahme aufgehoben, dafür sei die mediale Spaltbildung grösser geworden. Da eine Fraktur fehle und eine Auslockerung imponiere, spreche diese Konstellation eindeutig für einen chronischen Prozess und gegen eine akute Verletzungsfolge durch den Sturz vom 5. Dezember 2018. Auf den am 5. Februar 2019 erneut angefertigten Röntgenaufnahmen komme neu eine Spiralfraktur der proximalen Fibula zur Darstellung. Diese weise keine Kallusbildung auf und zeige noch keine Abrundung der Frakturrenden, die Frakturspalten seien scharf gezeichnet. Diese dargestellte Fibulafraktur sei somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des Ereignisses vom 5. Dezember 2018. Zum einen sei diese Verletzung mit den Röntgenbildern

vom 17. Dezember 2018 nicht dargestellt, zum anderen sähe die Fraktur nach zwei Monaten durch die Heilungsvorgänge des betroffenen Knochens anders aus (eine Kallusbildung wäre nach zwei Monaten zu erwarten und der Frakturspalt würde „verwaschen“ imponieren; S. 13). Im seitlichen Strahlengang sei nun auch neu zu den Bildern vom 17. Dezember 2018 eine nicht dislozierte Fraktur des dorsalen Tibiaplateaus zu erkennen. Eine relevante Kallusbildung sei auch hier nicht ersichtlich, was dagegen spreche, dass diese Fraktur Folge des Unfalls vom 5. Dezember 2018 sei. Neue Unfälle seien seit diesem Datum nicht dokumentiert. Die Frakturen des Tibiaplateaus könnten auch Folge der massiven Lockerung der tibialen Komponente der Prothese sein, denn die Prothese finde keinen Halt mehr im Knochen. Die Fibulafraktur sei damit hingegen nicht überzeugend zu erklären. Nachvollziehbar sei die ausgeprägte Instabilität im rechten Kniegelenk mit der massiven Auslockerung der tibialen Prothesenkomponente erklärt. Nachvollziehbar sei auch, dass es zu einer konsekutiven Zunahme der Instabilität seit dem Jahr 2017 gekommen sei. Die Instabilität im Kniegelenk sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge des Sturzes (S. 14). Die Fraktur der Fibula sei gemäss dem fachradiologischen Befund der Computertomographie (CT) vom 20. August 2019 (act. III 411) knöchern konsolidiert. Die Frakturen des Tibiaplateaus fänden mit diesem Bericht keine Erwähnung mehr und seien bei Einsichtnahme in die Bildgebung zu diesem Zeitpunkt auch nicht mehr objektivierbar. Spätestens zu diesem Zeitpunkt seien die Folgen einer Verletzung, die sich nach dem 5. Dezember 2018 und vor dem 5. Februar 2019 ereignet haben müsse, abgeheilt. Die Prothese sei zu diesem Zeitpunkt immer noch locker, was eine persistierende Instabilität und damit auch einen persistierenden Reizzustand nachvollziehbar erkläre. Der Wechsel der Knie-Endoprothese auf ein gekoppeltes Model (EnRo rotating hinch) am 14. November 2019 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund von Folgen des Unfalls vom 5. Dezember 2018 oder einem zeitnahen Ereignis erforderlich, sondern sei an die unfallunabhängig bereits vor dem 5. Dezember 2018 schleichend entstandenen Lockerung der Tibia-komponente der Endoprothese adressiert. Zusammenfassend habe der Unfall vom 5. Dezember 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am rechten Kniegelenk geführt. Spätestens am 20. August 2019 hätten die Folgen des Unfalls vom 5. Dezember 2018 keine Rolle

mehr gespielt. Eine an die Folgen der Operation vom 14. November 2019 adressierte stationäre Rehabilitation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zufolge des Unfalls vom 5. Dezember 2018 medizinisch notwendig (S. 15).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

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 ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismittelprüfung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzu-

berücksichtigen. 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, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid (act. II 58) massgeblich auf die Aktenbeurteilung von med. pract. D. _____ vom 31. Juli 2020 (act. II 48). Dieser traf seine überzeugenden Schlussfolgerungen gestützt auf die medizinischen Vorakten, wobei er insbesondere auch die bildgebenden Untersuchungen berücksichtigte. Eine persönliche klinische Untersuchung war hierzu nicht notwendig, wurde doch die Knieprothese bereits am 14. November 2019 gewechselt und können auch reine Aktengutachten 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 (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Demnach genügt die Aktenbeurteilung von med. pract. D. _____ (act. II 48) den höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor) und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist.

3.4.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, es gelinge der Beschwerdegegnerin nicht, das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls für die nach dem 20. August 2019 persistierenden Kniebeschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (Beschwerde S. 11 Ziff. III Art. 6, Replik S. 5 Ziff. 3 Ad. Ziff. 4.6). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin tatsächlich Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 erbrachte (vgl. act. II 5 f., 51 S. 2) und damit ihre grundsätzliche Leistungspflicht für die Traumafolgen (rechtsseitige Kniebeschwerden) anerkannte. Indessen be-

stritt sie von Anfang an die natürliche Unfallkausalität für objektivierbare zusätzliche strukturelle Läsionen (act. II 51), mithin für die Fraktur des Tibiaplateaus und der Fibula. Folglich kommt die Beweislastumkehr (vgl. E. 2.2.2 hiervor) in Bezug auf die Frakturen vorliegend nicht zur Anwendung (vgl. Entscheide des BGer vom 14. Oktober 2015, 8C_444/2015, E. 4.6, und vom 15. Mai 2014, 8C_805/2013, E. 4.3). Im Übrigen liegt aufgrund der beweiskräftigen Beurteilung des med. pract. D. _____ ohnehin keine Beweislosigkeit vor.

3.4.3 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 6) zeigte med. pract. D. _____ in seiner Aktenbeurteilung nachvollziehbar auf, weshalb die Tibia- und Fibulafrakturen nicht auf den Unfall vom 5. Dezember 2018 zurückzuführen sind: So hielt er in seiner Beurteilung einleuchtend fest, dass nach dem Sturzereignis initial keine Verletzungen des rechten Knies bzw. damit assoziierte Anhaltspunkte (wie Hämatome, Schmerzen oder Hautverletzungen) dokumentiert wurden (vgl. act. II 48 S. 12). Der behandelnde Arzt Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 18. Dezember 2018 (act. II 27) denn auch ausdrücklich fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Erstkonsultation keine Beschwerden am rechten Kniegelenk geltend gemacht. Zudem gab der Beschwerdeführer in der Schadenmeldung (act. II 1) einzig an, mit dem Kopf ans Waschbecken geprallt zu sein. Überdies ist kein anderweitiger biomechanischer Hergang aktenkundig, der zu einer traumatischen Verletzung am rechten Kniegelenk passen würde. Was den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 29. Januar 2019 (act. II 10) betrifft (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 2), wurde darin lediglich festgehalten, es sei anlässlich des Unfalls zu einer „unklaren“ Läsion gekommen. Indes legte der behandelnde Arzt nicht differenziert dar, inwiefern es aufgrund des Sturzes vom 5. Dezember 2018 zu einer Verletzung des rechten Kniegelenks gekommen sein soll. Med. pract. D. _____ setzte sich sodann einleuchtend mit der Einschätzung des Dr. med. F. _____ auseinander, wonach ein am 5. Dezember 2018 stattgehabtes erhebliches Knie Trauma zu einer Knieinstabilität geführt habe und dabei vermutlich eine Fraktur aufgetreten sei (vgl. act. II 13 S. 2). Vorab ist festzuhalten, dass die medizinische Verwendung des Begriffs „Trauma“ aus rechtlicher Sicht ohnehin keine Rückschlüsse auf einen allfälligen natürlich-kausalen Zusammenhang der Fraktur mit dem Unfall vom

5. Dezember 2018 zulässt (Entscheid des BGer vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 6.1). Überdies zeigte der Versicherungsarzt - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 6) - nachvollziehbar auf, dass aufgrund des bildgebend dokumentierten Vorzustandes von einer Auslockerung und Lageveränderung der tibialen Komponente der TEP auszugehen ist, was für einen chronischen Prozess resp. degenerative Veränderungen und gegen eine akute Verletzungsfolge durch den Sturz vom 5. Dezember 2018 spricht (act. II 48 S. 14). Was die Fibulafrakturen betrifft, führte der chirurgische Sachverständige sodann schlüssig aus, diese sei gemäss fachradiologischem Befund der CT vom 20. August 2019 (act. III 411) knöchern konsolidiert bzw. mittels Kallus komplett überbaut gewesen. Gestützt auf diese Einschätzung sei folglich davon auszugehen, dass die Folgen einer Verletzung, die sich nach dem 5. Dezember 2018 und vor dem 5. Februar 2019 ereignet haben müsse, abgeheilt seien. Deshalb leuchtet auch ein, dass spätestens im Zeitpunkt der fachradiologischen Verlaufskontrolle vom 20. August 2019 (vgl. act. III 411) der Status quo sine vel ante (vgl. E. 2.2.2 hiervor) hinsichtlich der vorübergehenden Traumafolgen eingetreten war. Nach dem Dargelegten liegen keine divergierenden Einschätzungen vor, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an dieser Beurteilung des med. pract. D. _____ (act. II 48) zu begründen (vgl. E. 3.3 hiervor). Der medizinische Sachverhalt erweist sich folglich als rechtsgenügend abgeklärt. Da bei dieser Ausgangslage von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragten (Beschwerde S. 12 Ziff. III Art. 7; Replik S. 6) zusätzlichen Erhebungen zu verzichten (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).

3.5 Zusammenfassend ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. Dezember 2018 und den nach dem 20. August 2019 bestehenden rechtsseitigen Kniebeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich. Der angefochtene Einspracheentscheid (act. II 58) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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