

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 70

Entscheid vom 12. November 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungsanspruch; Listenverletzung)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1956) war seit dem 28. Mai 1979 vollzeitlich für die D._____ AG als Mitarbeiter Konfektionierung angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 4. Mai 2017 das rechte Innenknie an einer Hebebühne anschlug (vgl. Vi-act. 1). Nach dem am 11. Mai 2017 erfolgten MRI des rechten Knies diagnostizierten die Fachärzte für Radiologie einen horizontalen Einriss im Hinterhorn des Innenmeniskus unterseitig, eine Chondropathie 3. - 4.° im medialen Kompartiment - eine kleine Flap-Läsion des Knorpels über dem medialen Femurkondylus - sowie Knorpelläsionen über der Femurtrochlea und dem lateralen Tibiaplateau (vgl. Vi-act. 13). Der behandelnde Arzt stellte in der Verlaufskonsultation vom 6. Juni 2017 eine vollständige Beschwerdefreiheit fest und schloss die Behandlung vorläufig ab (vgl. Vi-act. 5). Die Suva erbrachte hierfür bzw. bis dahin ohne weitere Abklärungen die gesetzlichen Leistungen (vgl. Vi-act. 2).

B. Infolge Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes suchte A._____ am 9. Januar 2018 erneut Dr.med. E._____ (FHM Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) auf (vgl. Vi-act. 5/3 von 8). Er diagnostizierte neben der medialen Meniskusläsion mit Unterflächeneinriss einen 3. - 4.° Knorpelschaden im Bereich der medialen Femurkondyle, woraufhin Dr.med. E._____ am 11. Januar 2018 im Spital Schwyz eine ambulante Arthroskopie am rechten Knie durchführte (vgl. Vi-act. 17/15 von 22).

C. Nachdem der Suva die Kniearthroskopie angezeigt wurde, forderte sie zur Prüfung ihrer Leistungspflicht Abklärungen in medizinischer Hinsicht (vgl. Vi-act 11). In der Folge teilte die Suva A._____ mit Verfügung vom 23. April 2018 mit, der Fall werde betreffend Unfallfolgen abgeschlossen, wobei die Heilkosten bis zum 31. Dezember 2017 übernommen werden und mithin die Operation vom 11. Januar 2018 nicht mehr zu Lasten des Unfalls gehe (vgl. Vi-act. 23). Dagegen opponierte A._____ mit Einsprache vom 24. Mai 2018 (vgl. Vi-act. 29), woraufhin die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 die Einstellung der Versicherungsleistung per 31. Dezember 2017 bestätigte und die dagegen erhobene Einsprache als unbegründet abwies (vgl. Vi-act. 33).

D. Mit Eingabe vom 28. August 2018 erhebt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 26. Juni 2018 mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 26. Juni 2018 sei aufzuheben.

2. a) Es sei die SUVA zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach UVG für die Folgen des Unfalls vom 4. Mai 2017 zu erbringen.
 - b) Die SUVA sei insbesondere zu verpflichten, für die Kosten der am 11. Januar 2018 im Spital Schwyz durchgeführten Operation durch Dr.med. E._____ und des damit zusammenhängenden stationären Aufenthaltes aufzukommen.
3. Unter Entschädigungsfolge.

Mit Vernehmlassung vom 11. September 2018 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde sowie die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 26. Juni 2018.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 hält die Suva an der am 23. April 2018 rückwirkend auf den 31. Dezember 2017 verfügten Leistungseinstellung fest. Sie begründet ihren Entscheid - unter Bezugnahme auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. April 2018 des Dr.med. F._____ - im Wesentlichen damit, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2017 nicht mehr auf das Ereignis vom 4. Mai 2017 zurückzuführen seien. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Vorfall vom 4. Mai 2017 zu keinen unfallbedingten strukturellen Verletzungen, sondern lediglich zu einer Knieprellung - mithin einer vorübergehenden Beschwerdesymptomatik - führte und spätestens nach 12 Wochen der Zustand erreicht war, der sich auch ohne das vorliegend in Frage stehende Ereignis eingestellt hätte. Dementsprechend sei das Ereignis vom 4. Mai 2017 nicht geeignet gewesen, die Pathologie herbeizuführen, die für die Indikationsstellung der Operation vom 11. Januar 2018 herangezogen worden sei (vgl. Einspracheentscheid vom 26.6.2018 S. 5 Ziff. 3 und 4).

1.2 Demgegenüber geht der Beschwerdeführer davon aus, dass aufgrund des als Unfall anerkannten Geschehens vom 4. Mai 2017 gesundheitliche Probleme aufgetreten seien. Er stellt sich zum einen auf den Standpunkt, die Suva habe ihre Leistungspflicht mit Schreiben vom 14. Februar 2018 und damit die Unfallkausalität seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung anerkannt. Die bis zu diesem Datum angefallenen Heilungskosten, somit auch die Kosten der Operation vom 11. Januar 2018 und der Verlaufskontrollen, würden zu den gedeckten UVG-Leistungen gehören. Wenn überhaupt so sei eine Leistungsablehnung lediglich für die nach dem 14. Februar 2018 entstandenen Heilungskosten zulässig (vgl.

Beschwerde vom 28.8.2018 S. 6f. Ziff. 6a/b). Zum andern habe die Vorinstanz gestützt auf die einseitige und nicht umfassende Beurteilung des Suva-Kreisarztes Dr.med. F._____ vom 12. April 2018 - deren Beweistauglichkeit vorliegend bestritten werde - nicht den Nachweis dafür erbringen können, dass die Unfallkausalität seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung, namentlich des Meniskusrisses, dahingefallen sei (vgl. Beschwerde vom 28.8.2018 S. 13ff. Ziff. 16ff.). Es bestünden zumindest Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes, weshalb allenfalls ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen seien und die Leistungseinstellung bereits aus beweisrechtlicher Sicht als unzulässig qualifiziert werden müsse. Schliesslich sei den Unfallakten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer einen Meniskusriss im Bereich des Hinterhorns bis in die pars intermedia reichend zugezogen habe. Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG führe dies zu einer Leistungspflicht der Suva. Die Suva habe nicht nachgewiesen, dass für seine Beschwerden ein Vorzustand im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG ursächlich sein solle.

1.3 Streitig und zu prüfen ist somit die Leistungspflicht der Vorinstanz für die vom Beschwerdeführer im Nachgang zum Unfallereignis vom 4. Mai 2017 beklagten Kniebeschwerden für die Zeit nach dem 31. Dezember 2017.

2.1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.1.2 Ferner erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.1.3 Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalls invalid, so hat er Anspruch

auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

2.2.2 Liegt hingegen eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis, noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern nur das Vorliegen einer Listendiagnose (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; sowie Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [Ja-So] 2017, S. 22; vgl. demgegenüber Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f., der zumindest in Frage stellt, ob nicht weiterhin ein Ereignis gefordert werden müsse). Mithin wird bei den aufgelisteten Körperschädigungen davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss (Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva], BBI 2014 7922). Die Leistungspflicht besteht indes nur dann, wenn die Listenverletzung der Hauptbefund ist. Hieran hat die Gesetzesrevision nichts geändert (vgl. Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018 S. 335/S. 343 mit Hinweis auf BGE 116 V 145 Erw. 4d).

2.3.1 Der Unfallversicherer kann sich hingegen von seiner Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BBI 2014 7922; vgl. ferner Heinrich, a.a.O., S. 21 f.). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Nach herrschender Lehrmeinung ist zur Definition des Begriffs "vorwiegend" auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (vgl. KOSS - Nabold, Art. 6 UVG N 44 mit Hinweisen; Hüsler,

a.a.O., S. 34; Samuelsson, a.a.O., S. 348 unten). Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht.

2.3.2 Der Unfallversicherer als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt, wie bereits erwähnt, den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist daher erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese (vgl. Samuelsson, a.a.O., S. 356 oben mit weiteren Hinweisen, u.a. auf BGE 133 III 321 Erw. 3.3; OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 6 N 6 ff).

2.4.1 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären.

2.4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des

Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

2.5.1 Für Feststellungen im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

2.5.2 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.5.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall re-

gelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.5.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besteht eine Leistungspflicht der Vorinstanz nicht bereits aufgrund des Schreibens vom 14. Februar 2018 (Viact. 11/1 von 5). Einerseits enthält das Schreiben kein Leistungsversprechen, sondern die Klarstellung, dass aufgrund einer Bagatellunfallmeldung Leistungen ohne weitere Abklärung ausgerichtet werden können, dass damit aber keine grundsätzliche Leistungspflicht anerkannt ist; weitergehende Forderungen könnten verweigert werden, wenn Abklärungen ergeben, dass kein Leistungsanspruch bestehe. Andererseits hält die Vorinstanz vernehmlassend mit Verweis auf die einschlägige Rechtsprechung zu Recht fest, dass der Versicherungsträger solange, als er keine Invalidenrente zugesprochen hat, Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision einstellen kann mit der Begründung, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor. Die vorübergehenden Leistungen können auch rückwirkend eingestellt werden, sofern der Unfallversicherer sie nicht zurückfordern will (Urteil BGer 8C_487/2017 vom 9.11.2017 Erw. 3.3.1; BGE 133 V 57 Erw. 6.8; BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1). Und schliesslich vermag der Beschwerdeführer nicht darzulegen, welche nicht rückgängig machbaren, nachteiligen Dispositionen er aufgrund des Schreibens vom 14. Februar 2018 getroffen hat, so dass er in seinem Vertrauen zu schützen wäre (vgl. Urteil BGer 1C_333/2017 vom 22.11.2017 Erw. 3.2; BGE 143 V 95 Erw. 3.6.2). Namentlich erfolgte der Eingriff vom 11. Januar 2018 bevor dafür eine Kostengutsprache eingeholt wurde.

4. Was das Unfallereignis sowie die Gesundheitsschädigung und den Verlauf angeht, so ergibt sich aus den Akten was folgt:

4.1 Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG vom 9. Mai 2017 hat der Beschwerdeführer am 4. Mai 2017 vormittags sein Innenknie an der Hebebühne angeschlagen; die Verletzungsart sei noch unklar, weshalb der Beschwerdeführer zur Abklärung ein MRI machen müsse (Vi-act. 1). Im Bericht vom 22. Mai 2017 führte Dr.med. E. _____ dazu aus, der Beschwerdeführer habe sich bei der Arbeit am 4. Mai 2017 bei einer Drehbewegung das rechte Kniegelenk anteromedial auf Höhe des Gelenkspalts an einer vorstehenden Kante angeschlagen und sofort Schmerzen verspürt; es sei zu einer minimalen Schwellung gekommen (Vi-act. 17/3 von 22).

4.2 Laut Arzteugnis UVG fand die Erstbehandlung bei Dr.med. G. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) am 17. Mai 2017 statt (eher wahrscheinlich ist allerdings, dass dieser vor dem MRI vom 11.5.2017 konsultiert wurde; Vi-act. 17/1 f. von 22). Er veranlasste ein MRI Knie rechts nativ bei Fragestellung "Meniskusriss?"

Gemäss Bericht vom 11. Mai 2017 ergab der MRI-Befund (Vi-act. 13):

Befund

Minimaler Gelenkerguss, keine Baker-Zyste.

Horizontaler Einriss in der Unterseite des Hinterhorns des Innenmeniskus. Deutlich mukoide Degeneration der pars intermedia des Innenmeniskus. Knorpel im medialen Kompartiment mit zum Teil fehlend und zum Teil deutlich verschmälert. Ausserdem 4 mm lange unterspülte Knorpelläsion. Minimale umgebende Knochenmarködemenzonen im medialen Femurkondylus. Mediales Seitenband intakt.

Aussenmeniskus normal. Tiefe Knorpelfissur über dem lateralen Tibiaplateau bei ansonsten normalem Knorpel im lateralen Kompartiment. Laterales Seitenband intakt.

Patella zentriert. Tiefer Knorpelulkus über der Femurochlea zentral. Hoffa-Körper normal.

Intakte Kreuzbänder. Sehnen und Muskulatur normal.

Beurteilung

- Horizontaler Einriss im Hinterhorn des Innenmeniskus unterseitig.
- Chondropathie Grad 3-4 im medialen Kompartiment. Kleine Flap-Läsion des Knorpels über dem medialen Femurkondylus.
- Knorpelläsionen über der Femurochlea und dem lateralen Tibiaplateau wie oben erwähnt.

In der Folge überwies Dr.med. G. _____ den Beschwerdeführer an den Facharzt Dr.med. E. _____, der diesen am 22. Mai 2017 untersuchte. Er berichtete dem Zuweiser gleichentags (Vi-act. 17/3 von 22):

Diagnose

Mediale Meniskusküläsion, 3.-4.° Knorpelschaden mediale Femurkondyle rechts

Zustand nach Kniegelenksarthroskopie links (in Einsiedeln)

(Subjektiv ...)

Objektiv

Hinkfreies Gangbild. Neutrale Beinachse. Kein intraartikulärer Erguss, Extension/Flexion 0-0-130° mit endgradiger Schmerzhaftigkeit. Leichte Druckdolenz im Bereich des anteromedialen Gelenkspaltes. Meniskuszeichen positiv. Kein Krepitieren. Stabiler Kapselbandapparat.

MRI Knie rechts vom 11.5.2017: Knorpelschaden im Bereich der medialen Femurkondylus 7 x 10 mm in der Hauptbelastungszone Grad 3-4. Der subchondrale Knochen reagiert mit einer Signalveränderung lokal begrenzt mit.

Schräg verlaufende Meniskuläsion im Bereich der Pars intermedia Übergang Hinterhorn medial. Laterales Kompartiment intakt. Kreuzbänder und Seitenbänder intakt.

Procedere

Es besteht einerseits eine Meniskuläsion andererseits auch ein umschriebener Knorpelschaden im Bereich der medialen Femurkondyle. Da der Schmerz erst nach dem oben genannten Trauma aufgetreten ist, empfehle ich zunächst eine intraartikuläre Kortikoidinfiltration (einmalig), um die lokale Entzündung zu reduzieren. Sollte dies nicht zur gewünschten Schmerzfreiheit führen, so wäre eine Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie und Knorpelglättung durchzuführen. Bei bereits deutlichem Knorpelschaden ist jedoch der Ausgang der Operation ungewiss. Ein Termin für die Infiltration und eine nochmalige Nachkontrolle 2 Wochen später wurde vereinbart.

Nach erfolgter diagnostischer/therapeutischer Kniegelenksinfiltration rechts (Vi-act. 3) berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufskontrolle vom 6. Juni 2017 von einer vollständigen Beschwerdefreiheit. Als Befund notierte Dr.med. E. _____ (Vi-act. 5):

Objektiv

Kein intraartikulärer Erguss, freie Beweglichkeit. Meniskuszeichen negativ.

Diagnose

Mediale Meniskuläsion, 3.-4.° Knorpelschaden mediale Femurkondyle rechts
Zustand nach Kniegelenksarthroskopie links (in Einsiedeln)

Procedere

Korrektter Verlauf. Es bleibt abzuwarten, ob der schmerzfreie Zustand anhält. Ansonsten würde sich der Patient wieder melden. Dann wäre eine Kniegelenksarthroskopie zu besprechen. Vorläufiger Abschluss der Behandlung.

4.3 Infolge vorliegender Einklemmungsphänomene im Bereich des rechten Kniegelenkes medial suchte der Beschwerdeführer am 9. Januar 2018 Dr.med. E. _____ erneut auf (Vi-act. 5/3 von 8). Nach persönlichem Untersuch kam dieser - bei identischer Diagnose (vgl. Erw. 4.2) - zu folgender Beurteilung (Vi-act. 5/3f. von 8 sowie Vi-act. 17/18f. von 22):

Objektiv

Keine Schwellung. Druckdolenz am medialen Gelenkspalt. Hinkfreies Gangbild.

Procedere

Die MRI Bilder werden nochmals angeschaut. Neben der medialen Meniskusläsion mit Unterflächeneinriss besteht ein 3.-4.gradiger umschriebener Knorpelschaden im Bereich der medialen Femurkondyle. Somit bleibt abzuwarten, was die Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie und Knorpelglättung bringt. Möglicherweise werden die Beschwerden aufgrund des bereits vorhandenen Knorpelschadens nicht vollständig zurückgehen. Dies ist dem Patienten so mitgeteilt worden. ... Er möchte die Operation [Kniegelenksarthroskopie]. ... Er wird im stehenden Beruf für 14 Tage eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bekommen. Ich sehe ihn dann nochmals 8 Wochen postoperativ zu einer Verlaufskontrolle. ... Der Fall wird über die Krankenversicherung abgewickelt.

4.4 Am 11. Januar 2018 nahm Dr.med. E. _____ ambulant eine Kniearthroskopie (rechts) vor (Vi-act. 17/15 von 22). Eine Verlaufskontrolle (Fadenentfernung) erfolgte am 22. Januar 2018 (Vi-act. 17/13 von 22). Der Beschwerdeführer berichtete über deutliche Restbeschwerden, indes seien die starken Schmerzen nicht mehr vorhanden. Er gehe zur Physiotherapie. Neben seinem Job nehme er weitere berufliche Verpflichtungen als Hauswart wahr. Er müsse körperlich schwer arbeiten, viel gehen, stehen sowie tragen. Weiter hält Dr.med. E. _____ zuhause Dr.med. G. _____ fest (Vi-act. 5/2f. von 8):

Diagnose

12 Tage nach Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie rechts
Knorpelschaden mediales Kompartiment, Trochlea rechts

(Subjektiv...)

Objektiv

Reizlose Narben, problemlose Entfernung der Fäden. Erguss 1-2+, leicht Überwärmung. Extension/Flexion 0-0-70°-

Bei der letzten Punktion vom Freitag wurde zusätzlich noch eine CRP Untersuchung durchgeführt. Diese zeigten einen Normalwert.

Procedere

Protrahierter Verlauf. Durch den Hämarthros ist der ganze postoperative Verlauf deutlich verzögert. Ich empfehle nun schrittweise die Belastung zu vervollständigen. ... Fortführung der Physiotherapie. ...

Anlässlich der Verlaufskonsultation vom 29. Januar 2018 berichtete der Beschwerdeführer weiterhin über anhaltende Schmerzen; er könne aufgrund der Schmerzen kaum Schlafen; Fieber bestünde nicht; er habe Probleme mit seinem Arbeitgeber, stosse da auf Unverständnis (Vi-act. 17/11 von 22). Aufgrund anhaltender Schmerzen veranlasste Dr.med. E. _____ anlässlich der Verlaufskontrolle vom 6. Februar 2018 ein weiteres MRI (Vi-act. 5/2 von 8 sowie 17/7 von 22):

Procedere

Die starken Schmerzen des Patienten sind sicherlich nicht normal. Einen Infekt konnten wir nun laborchemisch wie auch durch eine bakteriologische Untersuchung des Punkts ausschliessen. Insbesondere der nächtliche Schmerz lässt

darauf schliessen, dass möglicherweise sich ein Ödem im Bereich der medioalen Femurkondyle im Sinne eines Morbus Ahlbäck entwickelt hat. Besprechung des MRI am Freitag. Bis dahin weitere Einnahme von Schmerzmedikamenten. Die Unterlagen werden zusätzlich an die SUVA geschickt mit der Bitte zu überprüfen, ob der Fall über die Unfallversicherung laufen muss.

Nach dem MRI vom 7. Februar 2018 berichtete Dr.med. H. _____ (FMH Radiologie) Dr.med. E. _____ (Vi-act. 7):

Klinische Angaben

Zustand nach Kniearthroskopie Status nach Teilmeniskektomie. Chondropathie Grad 3-4 medial. Persistierende Schmerzen mit Frage nach Femurkondylennekrose medial

Befund

Deutlicher Kniegelenkserguss. Unauffälliges Knochenmarksignal. Mediales Kollateralband intakt. Innenmeniskus mit partiellem vertikalem Riss an der Hinterhornanheftung und deutlich verkürztem freien Rand bei Status nach Teilmeniskektomie. Knorpel an der medialen Femurkondyle deutlich uneben mit tieferen Ulzerationen und minimem subchondralem Ödem. Tibialseitig schmale glatte Knorpelfläche. Vorderes und hinteres Kreuzband intakt. Quadrizeps- und Patellarsehne unauffällig. Trochleaknorpel mit zentraler Ulzeration bis auf den Knochen reichend (ca. 1 cm Durchmesser an der Oberfläche und 4 mm in der Tiefe).

Äusseres Kollateralband intakt. Aussenmeniskus unauffällig. Knorpel an der äusseren Kondyle normal. Knorpel im äusseren Kompartiment normal mit glatten Konturen.

Patella angehoben, zentrale Lage. Tiefer Knorpelriss am Patellafirst bei ansonsten kräftigem glattem Knorpel. Mediales und laterales Retinakulum intakt. Unauffällige popliteale Weichteile. Hoffa'scher Fettkörper mit deutlichen Signalveränderungen, Ödem und zystische Läsionen von der medialen Femurkondyle parazentral.

Beurteilung

- Hoffa'scher Fettkörper mit deutlichem Ödem und zystischen Veränderungen medial parazentral artikulationseitig.
- Chondropathie Grad 3-4 im medialen Kompartiment.
- Partieller vertikaler Einriss an der Hinterhornanheftung des Innenmeniskus. St.n. TME.
- Grösseres Knorpelulkus zentral in der Trochlea interkondylär.
- Tiefer Knorpelriss im Patellafirst.
- Deutlicher Kniegelenkserguss.
- Kein Knochenmarködem / kein Anhalt für Osteonekrosen.

Nach dem Kontrolluntersuch vom 9. Februar 2018 berichtete Dr.med. E. _____ dem erstbehandelten Arzt Dr.med. G. _____ bei unveränderter Diagnose über folgendes Procedere (vgl. Vi-act. 17/5 von 22):

Der Patient klagt weiterhin über Schmerzen und vor allen Dingen über nächtliche Schmerzen. Das MRI zeigt keine Femurkondylennekrose. Sein Schmerz retropatellär ist möglicherweise auf das Ödem im Bereich des Hoffa'schen Fettkörpers zurückzuführen. Es besteht noch ein beträchtlicher Erguss. ...

Eine weitere Kontrolluntersuchung fand am 16. Februar 2018 - bei weitestgehend gleicher Diagnose - mit folgender Beurteilung statt (vgl. Vi-act. 17/9 von 22):

Dem Patienten geht es viel besser. Seine Einschätzung der Schmerzangabe mit 8 auf einer Skala von 1-10 entspricht nicht ganz meiner Einschätzung. Fortführung des Belastungsaufbaus. Schrittweise Abbau der Schmerzmedikation. Die Arbeitsunfähigkeit wurde nochmals um eine Woche zu 100% verlängert. Der Patient soll dann am 26. Februar wieder arbeiten gehen. Falls nicht möglich, soll er sich am Montag nochmals telefonisch melden.

4.5 Nach Anzeige der am 11. Januar 2018 erfolgten Arthroskopie an die Vorinstanz bzw. nach Erhalt der neusten medizinischen Berichte gelangte die Vorinstanz am 13. März 2018 mit einem Fragenkatalog an die Suva Versicherungsmedizin (Vi-act. 18). Kreisarzt Dr.med. F. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) gab am 12. April 2018 die Beurteilung ab (Vi-act. 19):

Das Schadensereignis vom 04.05.2017 ist nicht überwiegend wahrscheinlich geeignet, die Pathologie herbeizuführen, die für die Indikationsstellung der Operation vom 11.01.2018 herangezogen wurde.

Es kam nicht überwiegend wahrscheinlich zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am rechten Kniegelenk, welche objektivierbar sind. Die im MRI nachgewiesenen degenerativen Veränderungen des Innenmeniskus und des Knorpels sind nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Es kam lediglich zu einem direkten Anprall des Kniegelenkes, eine Distorsion fand nicht statt. Dies wird untermauert durch die Einschätzung des Operateurs Dr.med. E. _____, es lägen deutliche degenerative Veränderungen des Meniskus vor.

Es kann davon ausgegangen werden, dass mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild des Versicherten Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Operation keine Rolle mehr spielten.

Es kam überwiegend wahrscheinlich bei dem Schadensereignis zu einer Prellung des rechten Kniegelenkes mit einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Im natürlichen Verlauf ist davon auszugehen, dass nach 6 - 12 Wochen der Vorzustand wieder erreicht ist.

4.6 Am 23. April 2018 verfügte die Vorinstanz den Fallabschluss. Denn aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung seien die Unfallfolgen im natürlichen Verlauf bei einer Prellung nach 6 - 12 Wochen ausgeheilt und spielten somit heute im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr. Die Operation vom 11. Januar 2018 gehe nicht zu Lasten des Unfalls. Entgegenkommenderweise würden Kosten noch bis zum 31. Dezember 2017 übernommen (Vi-act. 23).

5.1 Das Ereignis vom 4. Mai 2017 ist seitens der Parteien unbestritten.

5.2 Nicht bestritten ist ebenso die von Dr.med. E. _____ erhobene Diagnose, weder jene vom Mai 2017 (Erw. 4.2) noch jene vom Januar 2018 (Erw. 4.3), resp. die Beschwerden, welche zum Eingriff vom 11. Januar 2018 führten.

5.3 Zur Abklärung der Leistungspflicht überprüfte die Vorinstanz, ob das Ereignis vom 4. Mai 2017 geeignet war, die Pathologie, die zur Operationsindikation führte, zu setzen und ob der Unfall zu zusätzlichen, objektivierbaren strukturellen Läsionen am rechten Knie geführt habe. Auch wurde geklärt, ob mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild des Versicherten Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Operation keine Rolle mehr gespielt haben (Vi-act. 18). Entsprechend der Beurteilung des Kreisarztes wurde die Leistungspflicht verneint.

5.4 Obwohl eine Meniskusläsion (horizontaler Einriss im Hinterhorn des Innenmeniskus unterseitig; Vi-act. 13) diagnostiziert wurde, liess die Suva das Vorliegen einer Leistungspflicht aufgrund einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ungeprüft. Gemäss Einspracheentscheid vom 26. Juni 2018 sei dieser einspracheweise vorgebrachte Hinweis belanglos, wenn sich - wie vorliegend - ein eigentliches Unfallereignis im Rechtssinne ereignet habe (Einspracheentscheid S. 6 unten). Vernehmlassend führt die Vorinstanz zudem aus, Art. 6 Abs. 1 UVG und Art. 6 Abs. 2 UVG seien komplementäre und nicht kongruente Rechtseinstitute. Wenn Unfallfolgen verneint würden, gebe es folglich als Notbehelf für denselben Gesundheitsschaden keine subsidiäre Haftung nach Art. 6 Abs. 2 UVG; bei Verneinen von Unfallfolgen sei nicht das Vorliegen einer Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG zu prüfen.

5.5 Das Gericht geht mit der Vorinstanz einig, dass sich die Frage einer unfallähnlichen Körperschädigung nicht stellt, wenn einerseits das Unfallereignis anerkannt ist und andererseits ebenso die Ursächlichkeit des anerkannten Unfallereignisses für den anerkannten medizinischen Befund. Wenn jedoch - wie vorliegend - zum einen das Unfallereignis und zum andern ein medizinischer Befund je unbestritten sind, indes die Kausalität verneint wird, dann ist keineswegs ausgeschlossen, dass die nicht auf den Unfall zurückzuführenden Beschwerden eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG darstellen und damit eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht. Mit anderen Worten stellt sich die Frage einer Listenverletzung gerade weil die Kausalität verneint wird. Es handelt sich in diesem Fall um Beschwerden, die offenbar losgelöst vom anerkannten Unfallereignis bestehen. So hält die Vorinstanz vernehmlassend fest, die objektivierbaren Befunde stünden nicht in einem teilursächlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 4. Mai 2017. Dies laut Kreisarzt mitunter auch deshalb, weil das

Unfallereignis nicht geeignet dazu war. Wenn aber ein Meniskusriss durch ein anerkanntes Unfallereignis nicht verursacht wurde, dann stellt sich die Frage, ob nicht eine Leistungspflicht besteht, weil der Meniskusriss eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG darstellt. In diesem Fall hätte die Versicherung zu leisten, soweit ihr nicht der Befreiungsnachweis gelingt. Mithin gilt es diesfalls nicht die Frage der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Unfallkausalität zu klären, sondern den Nachweis zu erbringen, dass die Körperschädigung (Listenverletzung) vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. Erw. 2.3.1f.).

5.6 Mithin ergibt sich denn auch, dass entgegen der vom Beschwerdeführer geäußerten Meinung das Vorliegen einer Listenverletzung noch nicht zwingend eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers nach sich zieht. Art. 6 Abs. 2 UVG stellt eine Rechtsvermutung auf und eröffnet dem Unfallversicherer die Möglichkeit des Befreiungsbeweises. Mithin besteht – wie bereits erwähnt - für die Vorinstanz keine Leistungspflicht, wenn die Kniebeschwerden rechts, die nicht auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 zurückzuführen sind, aber zum Eingriff vom 11. Januar 2018 führten, zwar eine Listenverletzung darstellen, aber vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind, wofür die Vorinstanz beweispflichtig ist (vgl. OFK/KVG/UVG-Gehring, UVG Art. 6 N 6 ff; KOSS - Nabold, Art. 6 UVG N 45 f.; Hüsler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, SZS 2017 S. 32 ff.; sowie speziell zum Meniskusriss als Listenverletzung: Samuelsson, a.a.O., S. 335 ff.).

5.7 Damit steht fest, dass die Vorinstanz das Vorliegen einer Leistungspflicht aufgrund einer Listenverletzung gerade deshalb hätte überprüfen müssen, weil sie die im Januar 2018 geklagten Beschwerden mit der Diagnose (u.a.) einer medialen Meniskusläsion, welche zum Eingriff vom 11. Januar 2018 führten, nicht auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 zurückführte. Gleichwohl die Vorinstanz diese Prüfung zu Unrecht unterlassen hat, rechtfertigt es sich, die Angelegenheit nicht zurückzuweisen, sondern die entsprechend unterlassene Prüfung im vorliegenden verwaltungsgerichtlichen Verfahren aus prozessökonomischen Gründen nachzuholen. Dies zumal sich gestützt auf die vorliegende Aktenlage klare Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Listenverletzung in casu vorwiegend - d.h. zu mehr als 50% - auf Abnützung bzw. Erkrankung zurückzuführen ist (Art. 6 Abs. 2 UVG), und mithin eine abschliessende Beurteilung der Frage, ob der Meniskusriss vorwiegend krankhafter bzw. degenerativer Pathogenese ist, vorliegend denn auch möglich ist, wie dies nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird.

6.1 Wie der Kreisarzt schlüssig festhält, war das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 (Anschlagen des Knies) nicht geeignet, einen Meniskusriss zu verursachen (die traumatische Verursachung bedingt ein Knieverdreht trauma mit Kombination von axialer Belastung und Rotationsscherkräften; Samuelsson, a.a.O., S. 349; Behandlung degenerativer Meniskusläsionen, Ein Statementpaper der Expertengruppe Knie von Swiss Orthopaedics, Swiss Medical Forum 2018/7 vom 14.2.2018, S. 149). Mit dem beim Versicherten kurz danach erstellten MRI vom 11. Mai 2017 wurde denn auch eine degenerative Veränderung beschrieben, mithin wurde eine deutliche mukoide Degeneration des Innenmeniskus diagnostiziert. Eine traumatische Verletzung des Innenmeniskus ist selten (vgl. S2k-Leitlinie 033/006, Meniskuserkrankungen, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie [DGOU], Stand 7/2015, S. 4). Der Meniskusriss wurde dabei als horizontaler beschrieben, was ebenso auf eine degenerative Ursache schliessen lässt (vgl. Swiss Medical Forum 2018/7 vom 14.2.2018, a.a.O., S. 149). Auf den initialen Behandlungsversuch sprach der Beschwerdeführer sehr gut an und er war danach beschwerdefrei. Ein nach dem Unfall vom 4. Mai 2017 eingetretenes initiales Ereignis, welches mit einer plötzlichen Rissbildung einhergegangen sein könnte, kann nicht genannt werden. Die Indikation für den Eingriff vom 11. Januar 2018 stellte Dr.med. E. _____ nach erneuter Prüfung der MRI-Bilder vom 11. Mai 2017. Gleichzeitig hielt er explizit fest, der Fall werde über die Krankenversicherung abgewickelt, was verdeutlicht, dass auch der Operateur nicht von einer traumatischen Genese ausging (Vi-act. 17/18f. von 22). Im Bericht der Arthroskopie vom 11. Januar 2018 dokumentiert Dr.med. E. _____, dass sich "deutliche degenerative Veränderungen" zeigen würden und die Meniskusresektion erfolge, bis stabile Verhältnisse vorlägen (Vi-act. 17/16 von 22). Auch die weiteren Befunde wie der ausgeprägte mediale Knorpelschaden weisen auf die starken degenerativen Gelenksveränderungen hin (gemäss Samuelsson liegt die Quote degenerativer Meniskusrisse bei Personen mit vorbestehenden Knie-Knorpelschäden rund 75 - 95% höher; a.a.O., S. 350). Der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Meniskusriss im Bereich des Hinterhorns bis in die pars intermedia ist somit gemäss MRI-Befund vom 11. Mai 2017, des Arthroskopie-Befunds vom 11. Januar 2018 sowie aufgrund des gesamten Verlaufes entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht auf eine deutliche mukoide Degeneration zurückzuführen. Die entsprechenden Befunde stehen denn auch in keinem Widerspruch zu einander, halten diese doch übereinstimmend fest, dass im Bereich des Meniskusrisses eine eindeutige, degenerative Veränderung vorliegt.

Dr.med. F. _____ setzte sich in seiner Einschätzung bzw. Beurteilung vom 12. April 2018, gleichwohl diese sehr kurz ausgefallen ist, mit diesen Befunden in

genügender Weise auseinander. Auch wenn er sich in seiner Beurteilung als Erklärung mit einer Wiedergabe der Erkenntnisse der medizinischen Gutachten und im Wesentlichen mit der Kausalitätsfrage begnügte, so hat er sich zutreffend mit den Befunden des behandelnden Arztes sowie den MRI-Befunden auseinandergesetzt und ebenfalls auf die nachgewiesene, degenerative Veränderung des Innenmeniskus sowie des Knorpels hingewiesen. Mithin liegen einleuchtende und in ihrer Schlussfolgerung genügend detaillierte, nachvollziehbar und schlüssig begründete ärztliche Beurteilungen vor.

6.2 Anhand der oberwähnten medizinischen Berichte werden die medizinischen Zusammenhänge schliesslich auch insoweit einleuchtend dargelegt und zuverlässig begründet, als dass die Kniebeschwerden überwiegend wahrscheinlich über 50 % auf den degenerativen und krankhaften Vorzustand zurückzuführen sind. Die pauschal dagegen vorgebrachten Einwände, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall keine körperlichen Beschwerden gehabt (was ohnehin auf eine unzulässige "Post hoc ergo propter hoc - Begründung hinausläuft), vermögen keine Zweifel daran zu erheben (vgl. Beschwerde vom 28.8.2018, S. 8 Ziffer 10/S. 16 Ziff. 20), zumal degenerative Meniskusrisse häufig sind und nicht in jedem Fall von Beginn weg mit Schmerzen verbunden sein müssen, bzw. lange Zeit asymptomatisch sein können (rund zwei Drittel der Personen im mittleren bis höheren Lebensalter mit magnetresonanztomographisch nachgewiesener Meniskusläsion sind asymptomatisch, Swiss Medical Forum 2018/7 vom 14.2.2018, a.a.O., S. 149; Samuelsson, a.a.O., S. 346). Schliesslich gilt es zu beachten, dass in diesem Zusammenhang neben dem normalen Alterungsvorgang regelmässig auch die arbeitsbedingte Belastung - der Beschwerdeführer hat seit 1979 als Konfektionär gearbeitet - eine massgebende Rolle spielt.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der vorliegenden ärztlichen Befunde der Radiologen vom 11. Mai 2017, des behandelnden Dr.med. E. _____ vom 11. Januar 2018 und der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes - Dr.med. F. _____ - vom 12. April 2018 bestehen. Darnach ergibt sich bei diesem Beweisergebnis, dass die Kniebeschwerden des Beschwerdeführers nachgewiesenermassen vorwiegend (über 50%) auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Mithin besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers.

8.1 In diesem Sinne erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist damit abzuweisen.

8.2 Es werden weder Verfahrenskosten auferlegt noch eine Parteientschädigung gesprochen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

J. _____ Versand: 26. November 2018