

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 66

Entscheid vom 12. Dezember 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin lic.iur., LL.M. B. _____,
c/o C. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Listendiagnose Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. A._____, Jg. 1982, war als Kranführer der D._____ AG, E._____ (Sitz), obligatorisch bei der Suva gegen Unfälle versichert, als er sich am 5. Dezember 2018 bei der Arbeit eine Knie-distorsion rechts zuzog (Bagatellunfallmeldung vom 18.1.2019, Vi-act. 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

B. Am 15. Januar 2019 suchte A._____ den Notfall des Spitals F._____ auf, nachdem die Schmerzen seit dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 regredient, aber nicht gänzlich verschwunden waren und er am 15. Januar 2019 während der Arbeit ein weiteres geringes Distorsionstrauma desselben Knies erlitt und die Schmerzen erneut zunahmen (Vi-act. 16, 12). Am 21. Januar 2019 wurde ein MRI des rechten Kniegelenks durchgeführt (Vi-act. 6). Ab 30. Januar 2019 war A._____ vollständig arbeitsunfähig bis am 4. Februar 2019, vom 5. bis 18. Februar 2019 zu 50% und vom 19. Februar 2019 bis 1. März 2019 erneut 100% (Vi-act. 2, 14). Am 19. Februar 2019 wurde eine diagnostische Arthroskopie Kniegelenk rechts mit medialer Teilmeniskektomie des Hinterhorns sowie Plicaresektion durchgeführt (Vi-act. 15).

C. Nachdem die Kreisärzte mit Beurteilung vom 9. April 2019 einen Kausalzusammenhang zwischen der Operation vom 19. Februar 2019 und dem Unfall vom 5. Dezember 2018 verneinten (Vi-act. 30), lehnte die Suva mit Verfügung vom 15. April 2019 ihre Leistungspflicht für die Operation mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit ab (Vi-act. 32). Hiergegen erhob A._____ am 28. Mai 2019 Einsprache (Vi-act. 36), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2019 abwies (Bf-act. 2).

D. Am 27. August 2019 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Beachtung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Es sei der Einsprache-Entscheid vom 26. Juni 2018 [recte 2019] aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten.
3. Eventualiter seien weitere Abklärungen zu treffen.
alles unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 23. Oktober 2019 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 26. Juni 2019.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Nach der Schadenmeldung vom 18. Januar 2019 (Vi-act. 1) anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht für die Folgen des Unfalles vom 5. Dezember 2018. Aufgrund der ab 30. Januar 2019 attestierten Arbeitsunfähigkeit und der am 19. Februar 2019 durchgeführten Operation nahm die Suva eine Neubeurteilung ihrer Leistungspflicht vor. Sie gelangte - gestützt auf die medizinische Beurteilung der Kreisärzte - zum Schluss, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 und der durchgeführten Operation vom 19. Februar 2019 bestehe und sie demzufolge für die durchgeführte Operation vom 19. Februar 2019 und die weitere Arbeitsunfähigkeit inkl. Nachbehandlungen nicht leistungspflichtig sei (Vi-act. 32). Gemäss Beschwerdeführer basiert dieser Entscheid auf einer falschen Sachverhaltsabklärung. Die Akten seien nicht vollständig und deswegen auch die kreisärztlichen Beurteilungen nicht nachvollziehbar begründet. Unberücksichtigt sei sodann, dass mit dem Meniskusriss eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c vorliege. Mithin ist strittig, ob die Vorinstanz ihre Leistungspflicht für die Operation vom 19. Februar 2019 und die weitere Arbeitsunfähigkeit inkl. Nachbehandlungen zu Recht abgelehnt hat.

2.1 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 ATSG 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.

Zudem erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG).

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

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invali-

dität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1, BGE 118 V 289 Erw. 1b).

2.2.2 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist (es wurde der degenerative Vorzustand vorübergehend verschlimmert), so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17, 8C_181/2009 vom 30.9.2009 Erw. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1). Steht indes aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Hol-

zer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Urteil BGer 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2).

2.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

2.3.2 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 Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob

unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 3.2; BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

2.4 Liegt eine Meldung einer Listenverletzung vor (vgl. oben Erw. 2.1), so hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (vgl. oben Erw. 2.3.1). Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 9.1).

Liegt ein anerkanntes Unfallereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen aber, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf dieses anerkannte Ereignis zurückzuführen ist, so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, soweit kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis besteht, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist diesfalls umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit. Mithin erübrigt sich bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem anerkannten Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, wenn kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 9.2).

2.5 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.A., 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. Die Verwaltung 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 blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen 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 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 (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.6.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge 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).

2.6.2 Auch 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 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

3. Was den Sachverhalt sowie den Gesundheitszustand und -verlauf des Beschwerdeführers anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

3.1 Am 18. Januar 2019 meldete die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Suva einen Bagatellunfall. Der Beschwerdeführer sei am 5. Dezember 2018 auf einer Baustelle nach einem Fehltritt mit dem Knie umgeknickt (Vi-act. 1). Als Verletzung wird eine Verdrehung / Verstauchung des Knies (ohne genauere Erwähnung, ob rechts oder links) genannt.

3.2 Am 15. Januar 2019 stellte sich der Beschwerdeführer um 19.40 Uhr selbständig auf dem Notfall des Spitals F. _____ vor (Vi-act. 16). Er berichtete, dass er sich bereits am 5. Dezember 2018 während der Arbeit auf dem Bau das Knie rechts verdreht habe. Angeschlagen habe er sich das Knie nicht. Initial habe er Schmerzen gehabt, hauptsächlich über dem medialen Gelenkspalt, welche im Verlauf regredient waren, jedoch nicht gänzlich verschwunden seien. Aufgrund eines weiteren geringen Distorsionstraumas während der Arbeit am selben

Tag (15.1.2019) im selben Knie und bei erneuter Zunahme der Schmerzen erfolge nun die Vorstellung in der Notaufnahme. Das Knie sei während der gesamten Zeit nicht gerötet, überwärmt oder geschwollen gewesen. Er nannte keine relevanten Vorerkrankungen. Als Lokalbefund erhoben die Ärzte der Notfallstation:

Haut intakt, normopigmentiert. Kein Exanthem, keine Rötung, keine Narben. Keine Schwellung, keine tanzende Patella. Flexion endgradig schmerzbedingt eingeschränkt, Extension aktiv und passiv frei. Druckdolenz am medialen Gelenkspalt. Die gesamte Patella nicht druckschmerzhaft, Tibia nicht druckschmerzhaft. Valgusstresstest mit diskreten Schmerzen am medialen Gelenkspalt ohne erhöhte Aufklappbarkeit im Vergleich zur Gegenseite. Varusstress negativ. Steinmann I bei Aussenrotation diskrete Schmerzen über dem medialen Gelenkspalt. Appley-Grinding-Test medial positiv. Lachmann Test negativ. Vordere und hintere Schublade negativ. PDMS intakt.

Ein gleichentags am Spital F._____ durchgeführtes Röntgen Knie a.p und seitlich mit Patella tang. rechts zeigte eine Patella bipartita superolateral (Typ III bei Saupe-Klassifikation), keine Fraktur oder Dislokation, regelrechte Gelenke, keinen suprapatellaren Gelenkerguss (Vi-act. 12).

Der Beschwerdeführer wurde nach radiologischem Ausschluss einer ossären Verletzung und klinisch stabilem Kniegelenk entlassen (Schmerzmedikation Ibuprofen und Dafalgan nach Bedarf). Ein Arbeitsunfähigkeitsattest wurde nicht ausgestellt ("keine benötigt"). Auf Wunsch des Beschwerdeführers wurde zur weiteren Diagnostik einer eventuellen Kniebinnenverletzung eine MRI-Untersuchung veranlasst.

3.3 Am 21. Januar 2019 wurde (auf Wunsch des Beschwerdeführers, Vi-act. 16) ein MR Knie rechts nativ durchgeführt bei klinischer Angabe: "In den letzten 6 Wochen 2x Kniedistorsion rechts, aktuell Schmerzen über med Gelenkspalt, kein Frakturachweis konventionell-radiologisch. Kniebinnenverletzung?" Dr.med. G._____ (Facharzt Radiologie FMH) berichtete (Vi-act. 13):

Befund:

Kreuzbänder: Vorderes und hinteres Kreuzband intakt.

Kollateralbänder: Intakte Kollateralbänder.

Retinacula: Intakte Retinaculae.

Menisci: Degenerative Veränderungen in der Pars intermedia sowie im Hinterhorn des medialen Meniskus mit komplexem Riss und intrameniskalen Ganglien. Lateraler Meniskus regelrecht.

Knorpel / Knochen: Knorpelausdünnung über dem medialen Femurkondylus. Keine fokalen Knorpelschäden. Kein Knochenmarksödem. Patella bipartita.

Weichteile: Kein wesentlicher Gelenkerguss. Ödem und Hämatom im Fettgewebe um den lateralen Femurcondylus und dorsolateral entlang des distalen Femurs und um den M. vastus lateralis nach cranial ziehend. Diskrete Signalanhebung des suprapatellären Fettgewebes. Kleinste Baker-Zyste.

Beurteilung:

Keine vergleichbare Voruntersuchung.

- Degenerative Veränderungen in der Pars intermedia sowie im Hinterhorn des medialen Meniskus mit komplexem Riss und intrameniskalen Ganglien.
- Ödem und Hämatom im Fettgewebe um den lateralen Femurcondylus und dorsolateral entlang des distalen Femurs und um den M. vastus lateralis nach cranial ziehend.

3.4 Mit Arztzeugnis vom 29. Januar 2019 wurde dem Beschwerdeführer vom 30. Januar 2019 bis 4. Februar 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Vi-act. 2). Vom 5. bis 18. Februar 2019 bestand eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 14).

3.5 Nach der Sprechstunde vom 4. Februar 2019 berichtete Dr.med. H._____ (Facharzt Chirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) dem Hausarzt am 7. Februar 2019 (Vi-act. 17):

Diagnose: Knieinstabilität rechts 12/18 sowie 1/19 mit persistenten Beschwerden
MRI Kniegelenk rechts vom 21.01.19 mit degenerativen Veränderungen in der Pars intermedia sowie im Hinterhorn des medialen Meniskus mit komplexem Riss und intermeniskealen Ganglion, Ödem und Hämatom im Fettgewebe und im lateralen Femurcondylus und dorsalseitig entlang des distalen Femurs und um den M. vastus lateralis nach kranial ziehend, intakte Kollaterallbänder sowie intaktes vorderes und hinteres Kreuzband

Anamnese:

Zweifache Instabilitätsereignisse auf der Baustelle Anfang Dezember 2018 sowie Anfang Januar 2019. Intermittierend ausgeprägte Schmerzsymptomatik. In den letzten Tagen wieder zunehmend, aktuell nach 3 Tagen Arbeitsunfähigkeit wieder besser. MRI-Bilanzierung am 21.01.19. Heute Termin zur Besprechung des Befundes sowie des weiteren Procedere.

Befund:

Der Patient kommt mit normalem Schuhwerk und flüssigem Gangbild. Problemlose Entkleidung. Schlankes Kniegelenk rechts. Im Seitenvergleich minimalster intraartikulärer Erguss. Beweglichkeit frei mit 0-0-135° mit jedoch ziehenden Beschwerden bei maximaler Durchbeugung. VKB und HKB fest. Varus- und Valgusstress mit diskreter Schmerzangabe medialseitig. Steinmann I und II leicht positiv für Innenmeniskus. PDMS regelrecht.

Beurteilung / Procedere:

Besprechung des MRI sowie der Therapie-Optionen im Sinne einer Arthroskopie mitsamt Innenmeniskusteilresektion. Ebenso ausführliche Besprechung der entsprechenden Konsequenzen mit seiner Arbeit als Kranführer auf der Baustelle. Wir würden den Eingriff ambulant durchführen, dies würde in Anbetracht der Arbeitsunfähigkeit einen Arbeitsausfall von etwa 2 Wochen bedingen.

In der Folge wurde ein ambulanter Eingriff für den 19. Februar 2019 geplant.

3.6 Am 19. Februar 2019 erfolgte bei OP-Diagnose "mediale Meniskusläsion rechts (Hinterhorn) sowie prominente Plica mediopatellaris Kniegelenk rechts" eine diagnostische Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit medialer Teilmenis-
kektomie des Hinterhorns sowie Plicaresektion (Vi-act. 15). Im Operationsbericht vom 21. Februar 2019 führte Dr.med. H. _____ u.a. aus:

[...] Stabile Bandverhältnisse. [...] Oberer Rezessus frei mit jedoch diffuser synovi-
aler Rötung. Patella leicht lateralisiert. Chondromalazie Grad II - III im femoralen
Gleitlager sowie Patellarrückfläche. Sehr prominente Plica. Diese muss mit Shaver
reseziert werden. Eingehen in das zentrale Kompartiment. Das vordere und hintere
Kreuzband sind stabil. Eingehen in das mediale Kompartiment. Chondromalazie
Grad II femoral und tibial. Komplexe Hinterhornläsion des Innenmeniskus. Hier
müssen etwa 50% des Gesamtvolumens des Hinterhorns reseziert werden. Dies
mittels Punch sowie Shaver. Eingehen ins laterale Kompartiment. Chondromalazie
Grad I - II femoral und tibial. Meniskus intakt. Ausgiebiges Spülen. [...]

3.7 Im Rahmen der Neu Beurteilung der Leistungspflicht infolge verspäteter Ar-
beitsunfähigkeit und Operation unterbreitete die Suva der Kreisärztin med.pract.
I. _____ (Fachärztin Anästhesiologie) verschiedene Fragen, welche diese am
4. März 2019 wie folgt beantwortete (Vi-act. 18):

1. Ist die verspätete Arbeitsunfähigkeit ab dem 30.01.2019 aus med. Sicht mit
überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Unfall vom 05.12.2018?
Im MRI v. 21.1.19 zeigt sich ein "Ödem und Hämatom im Fettgewebe und im
lateralen Femurkondylus und dorsalseitig entlang des distalen Femurs und
um den M. vastus lateralis nach kranial ziehend".
Dieser Befund ist traumatisch bedingt, sodass eine AUF wegen dieses Be-
fundes als unfallkausal gesehen werden kann.
Bleibt nur die Frage zu welchem von den zwei angegebenen Unfallereignis-
sen?
2. Ist der Schaden, welcher operiert wurde, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit
auf den Unfall zurückzuführen? Bitte begründen.
Nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit (auch Angesichts der beiden Unfallere-
ignisse).
Im MRI v. 15.01.19 [recte 21.1.2019] sowohl auch intraoperativ wurde ein
komplexer Riss des degenerativ veränderten Innenmeniskus ohne Begleit-
verletzungen medial beschrieben.
3. Wenn nein, seit wann spielen Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegen-
der Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr?
Im aktuellen Fall wurden zwei Unfallereignisse angegeben vom 05.12.18
und 15.1.19.
Das Hämatom im MRI ist wahrscheinlich auf das UE v. 15.1.19 zurückzu-
führen. Insofern wurde der stabile Zustand nach dem UE v. 05.12.18 nach
ca. 6 Wochen erreicht
4. Bemerkungen?
Keine

3.8 In der Folge traf die Suva weitere Abklärungen betreffend das zweite Ereignis vom 15. Januar 2019 (Vi-act. 19 - 22), wozu sie sich bei der Arbeitgeberin erkundigte. Auf deren Rückmeldung hin, der Beschwerdeführer habe geantwortet, es handle sich um ein und denselben Unfall, fragte die Suva zurück, ob sie (die Arbeitgeberin) versichern könne, dass im Januar kein neues Ereignis passiert sei, ob dies von den behandelnden Ärzten ein Schreibfehler sei. Hierauf antwortete die Arbeitgeberin "Habe soeben nochmals mit Herrn A. _____ gesprochen. Der Unfall war im Dezember 2018. Er hat sich gedacht, während den Weihnachtsferien wird es schon besser werden, aber wurde es halt nicht und er ist daraufhin im Januar 2019 zum Arzt gegangen." In der Folge hielt die Suva nach Rücksprache mit med.pract. I. _____ fest, es liege kein neues Ereignis im Januar 2019 vor, die Operation vom 19. Februar 2019 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Dezember 2018 zurückzuführen; Versicherungsleistungen würden nur bis am 18. Februar 2019 übernommen.

3.9.1 Am 11. März 2019 teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit, zwischen dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 und der durchgeführten Operation vom 19. Februar 2019 bestehe gemäss kreisärztlicher Beurteilung kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Sie sei für die Operation und die weitere Arbeitsunfähigkeit inkl. Nachbehandlungen nicht leistungspflichtig (Vi-act. 23). Am 13. März 2019 zeigte sich der Beschwerdeführer hiermit nicht einverstanden; er habe am 1. April 2019 noch einen Arzttermin und wolle die kreisärztliche Beurteilung dort besprechen. Je nachdem wünsche er eine einsprachefähige Verfügung (Vi-act. 27). Diese verlangte er am 1. April 2019; eine Beurteilung des behandelnden Arztes brachte er nicht bei (Vi-act. 28).

3.9.2 Zur Sprechstunde vom 1. April 2019 berichtete der Operateur Dr.med. H. _____ dem Hausarzt am 8. April 2019, wobei er die Diagnose in Abweichung zum Bericht vom 7. Februar 2019 (vgl. oben Erw. 3.5) wie folgt beschrieb (Vi-act. 31):

- Kniedistorsionen rechts 12/18 sowie 01/19 mit persistenten Beschwerden
- MRI Kniegelenk rechts vom 21.01.19 mit komplexem Riss am Innenmeniskushinterhorn, Ödem und Hämatom im Fettgewebe und im lateralen Femurkondylus und dorsalseitig entlang des distalen Femurs sowie um den M. vastus lateralis nach kranial ziehend bei intakten Kollateralbändern sowie intaktem vorderen und hinteren Kreuzband
- Diagnostische Arthroskopie Kniegelenk rechts, mediale Teilmenisektomie des Hinterhorns sowie Plicaresektion am 07.02.19

In der Anamnese sprach er von einem zweifachen Distorsionsereignis, danach persistente Schmerzsymptomatik. Den klinischen Verlauf beurteilte Dr.med. H._____ als regelrecht.

3.10 Auf neuerliche Vorlage hin verfassten die Kreisärzte med.pract. I._____ und Dr.med. J._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie) am 9. April 2019 eine ärztliche Beurteilung (Vi-act. 30). Nach Wiedergabe des aktenmässigen Verlaufs gelangten sie zur Beurteilung:

Am 05.12.2018 hatte der Versicherte einen Fehltritt mit Umknicken des rechten Kniegelenkes. Am 15.01.2019 erfolgte die Erstbehandlung im Spital F._____ mit Festlegung der Diagnose einer Kniedistorsion rechts. Laut dem Bericht wurden zwei Unfallereignisse beschrieben, das erste am 05.12.2018 und das zweite am 15.01.2019. Diesbezüglich wurde der Sachverhalt nochmals administrativ abgeklärt und nach aktueller Datenlage ist von einem Unfallereignis am 05.12.2018 auszugehen.

In dem am 21.01.2019 erfolgten MRI zeigten sich degenerative Veränderungen in der Pars intermedia sowie im Hinterhorn des medialen Meniskus mit komplexem Riss und intrameniskalen Ganglien. Ausserdem wurde ein Ödem und Hämatom im Fettgewebe des lateralen Femurkondylus und dorsolateral entlang des distalen Femurs und um den M. vastus lateralis nach cranial ziehend beschrieben. Die Kollateral- sowie Kreuzbänder waren intakt. Es wurde auch kein Bone bruise beschrieben.

Am 19.02.2019 erfolgte eine diagnostische Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit medialer Teilmenisektomie des Hinterhorns sowie Plicaresektion. Intraoperativ wurde eine komplexe Hinterhornläsion des Innenmeniskus beschrieben.

Zusammenfassend zeigt sich im MRI vom 21.01.2019 eine traumatisch bedingte Weichteilverletzung im Sinne eines Hämatoms der lateralen Seite des rechten Oberschenkels, welche eher für eine Kontusion als von einer Distorsion spricht. Als Distorsion wird eine indirekte Krafteinwirkung via Hebelmechanismen zwischen Ober- und Unterschenkel bezeichnet. Dies setzt entweder eine unphysiologische Bewegung oder ein Überschreiten der physiologischen Bewegungsmöglichkeiten voraus, was in der ersten Linie zur Verletzung des Kapsel-Bandapparates, aber auch Menisken und unter Umständen Knorpeloberflächen führt. Eine isolierte Meniskusverletzung ohne Begleitleäsion am Kapsel-Bandapparat ist laut aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand nur in seltenen Einzelfällen vorstellbar.

Bei dem vorliegenden Fall wurde der Innenmeniskus als degenerativ verändert beschrieben, auch die als komplex bezeichnete Risschädigung ist in der Regel ein Hinweis auf eine vorbestehende Texturstörung (Degeneration). Die Konstellation einer isolierten Schädigung des degenerativ veränderten Innenmeniskus und eines Weichteilhämatoms an der Aussenseite des Oberschenkels lässt die Unfallkausalität des Innenmeniskusrisses als möglich aber nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen.

Demzufolge ist die Operation vom 19.02.2019 ebenfalls nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 05.12.2018 zurückzuführen.

4.1 Mit Verfügung vom 15. April 2019 lehnte die Suva die Leistungspflicht für die durchgeführte Operation vom 19. Februar 2019 und die weitere Arbeitsun-

fähigkeit inkl. Nachbehandlung mit derselben Begründung wie in der schriftlichen Mitteilung vom 11. März 2019 (vgl. oben Erw. 3.9.1) ab (Vi-act. 32).

4.2.1 Am 28. Mai 2019 erhob der Beschwerdeführer Einsprache (Vi-act. 36). Der der Verfügung zugrundeliegende Sachverhalt berücksichtige nur das Ereignis vom 5. Dezember 2018 (nach einem Fehltritt mit Knie umgeknickt). Die darauf eingetretenen Schmerzen hätten sich wieder verstärkt, als er im Januar 2019 in unebenem Gelände in ein Loch getreten und hängen geblieben sei. Entsprechend werde in den medizinischen Unterlagen stets von zwei Distorsionsereignissen gesprochen. Die Feststellung der Suva, nach neuerlicher administrativer Abklärung sei von einem Unfallereignis vom 5. Dezember 2018 auszugehen, sei schlicht falsch. Sodann zeige das MRI vom 22. Januar 2019 (recte 21.1.2019) u.a. im Hinterhorn des medialen Meniskus einen komplexen Riss sowie eine Plica mediopatellaris. Es handle sich um eine Verletzung, die durch Unfälle wie vom Versicherten geschildert ausgelöst würden. Im Bericht vom 4. März 2019 beschreibe die Kreisärztin Befunde, die auf das Ereignis vom 15. Januar 2019 zurückzuführen seien. In der Beurteilung vom 9. April 2019 werde zu Unrecht nur das Dezember-Ereignis erwähnt und die traumatisch bedingte Weichteilverletzung auf eine Kontusion zurückgeführt und der Innenmeniskus als degenerativ verändert beschrieben. Entsprechend seien die kreisärztlichen Beurteilungen nicht schlüssig; es seien weitere Abklärungen notwendig. Zudem könnten die Leistungen nicht vor der Operation eingestellt werden, sei doch die Operationsindikation einzig durch die Traumata akut geworden.

4.2.2 Am 11. Juni 2019 informiert der Beschwerdeführer die Suva, gemäss Dr.med. H._____ lägen sowohl akute als auch degenerative Befunde vor, letztere allerdings im altersentsprechenden Rahmen (Vi-act. 39). Er widerspreche der kreisärztlichen Beurteilung und sei der Ansicht, eine isolierte Meniskusverletzung könne auch ohne Begleittläsion am Kapselbandapparat stattfinden. Da zudem zwischen Ursprungstrauma und MRI mehr als sechs Wochen lägen, könne eine leichtgradige Zerrung des Kapselbandapparats auch schon abgeklungen sein. Es sei somit falsch, lediglich eine degenerative Rissbildung in Betracht zu ziehen.

4.3 Gemäss dem im Einspracheentscheid dargestellten Sachverhalt zog sich der Beschwerdeführer am 5. Dezember 2018 eine Kniedistorsion rechts zu (Vi-act. 40). Ein Ereignis vom 15. Januar 2019 findet keine Erwähnung, auch nicht als Auslöser für das Aufsuchen des Notfalls des Spitals F._____. Vielmehr wird festgehalten, im weiteren Verlauf hätten die Kniebeschwerden rechts persistiert, wobei ein MRI vom 21. Januar 2019 eine mediale Meniskustläsion bei dege-

nerativen Veränderungen ergeben habe. Des weiteren wird die kreisärztliche Beurteilung vom 9. April 2019 (vgl. oben Erw. 3.10) zitiert und diese als beweiskräftig qualifiziert. Mit sorgfältiger und überzeugender Begründung seien die Kreisärzte zum Schluss gelangt, dass der operierte Meniskusschaden nicht auf den Unfall vom 5. Dezember 2018 zurückzuführen sei. Zudem würden die Kreisärzte aufgrund der getroffenen Abklärungen (Vi-act. 21, oben Erw. 3.8) zu Recht von einem einzigen Distorsionsereignis ausgehen. Da die Unfallkausalität verneint werde, sei nicht zu prüfen, ob eine Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliege.

4.4 In der Beschwerde vom 27. August 2019 erneuert der Beschwerdeführer die Rüge, die Suva gehe nur von einem Unfallereignis aus, was nicht den Tatsachen entspreche. Es gehe nicht an, einzig an die Arbeitgeberin zu gelangen; gestützt auf Art. 53 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 hätte sie den Beschwerdeführer anfragen müssen.

Der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. April 2019 komme kein Beweiswert zu. Bereits der Sachverhalt sei nicht erstellt, die Kreisärzte gingen zu Unrecht von einem Ereignis aus. Auch liessen sie ausser Acht, dass eine Begleitläsion am Kapselbandapparat oder eine leichtgradige Zerrung des Kapselbandapparats zum Zeitpunkt des MRI am 21. Januar 2019 bereits abgeklungen sein könne; hierzu äussere sich die Beurteilung überhaupt nicht. Weil die Akten ein unvollständiges Bild abgaben, sei die kreisärztliche Beurteilung nicht nachvollziehbar begründet. Sie äussere sich weder zur Ansicht des behandelnden Arztes noch zur Problematik, dass das MRI lange nach dem 5. Dezember 2018, aber kurz nach dem Ereignis vom 15. Januar 2019 erstellt worden sei. All dies vermöge zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung zu wecken. Zudem lasse die Suva unberücksichtigt, dass es sich beim Meniskusriss um eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG handle. Und schliesslich gehe es nicht an, den Fall vor Durchführung der Operation abzuschliessen. Selbst wenn die Beschwerden degenerativ bedingt sein sollten, sei der Eingriff vom 19. Februar 2019 bzw. die Operationsindikation einzig durch die Traumata akut geworden. Auch bei einem Vorzustand genüge ein leichter Unfall, um die Haftung der Beschwerdegegnerin zu begründen.

5.1 Soweit der Beschwerdeführer ausführt, die Vorinstanz habe zu Unrecht die Leistungspflicht aufgrund des Meniskusrisses als Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG nicht geprüft, so gilt es auf die jüngste, zum neuen Recht ergangene Rechtsprechung hinzuweisen. Kann eine gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung, vorliegend ein Meniskusriss, nicht überwiegend wahrscheinlich auf ein anerkanntes Unfallereignis zurückgeführt werden, so ist auch der Nach-

weis erbracht, dass das Ereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet; gleichzeitig ist damit auch erstellt, dass die Listenverletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. oben Erw. 2.4).

Diese Rechtsprechung gilt insbesondere dann, wenn seit dem anerkannten Unfallereignis kein initiales Ereignis mehr eingetreten ist (vgl. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 9.2). Vorliegend ist nach dem anerkannten Unfallereignis vom 5. Dezember 2018 ein weiteres Ereignis aktenkundig, nämlich vom 15. Januar 2019. Entgegen der Ausführung des Beschwerdeführers hat sich die Kreisärztin auch mit diesem auseinandergesetzt und im Bericht vom 4. März 2019 festgehalten, der operierte Schaden, nämlich der Meniskusriss, sei auch unter Berücksichtigung beider Ereignisse nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit auf einen Unfall zurückzuführen (vgl. oben Erw. 3.7). Mithin kam sie zum Schluss, dass der Meniskusriss weder auf das anerkannte Unfallereignis vom 5. Dezember 2018, noch auf das Ereignis vom 15. Januar 2019 zurückzuführen ist. Ein weiteres initiales Ereignis ist nicht bekannt und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Soweit die kreisärztliche Beurteilung schlüssig ist, dass der Meniskusriss nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ist, ist somit auch der Nachweis erbracht, dass er vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Die Vorinstanz war nicht verpflichtet, darüber hinaus noch einen weiteren Nachweis nach Art. 6 Abs. 2 UVG zu leisten.

5.2 Die Vorinstanz begründet die Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit der medizinischen Beurteilung ihrer Kreisärzte, wonach die Operation vom 19. Februar 2019 nur möglicherweise auf das Unfallereignis vom 5. Dezember 2018 zurückzuführen sei. Es ist damit im vorliegenden Fall die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehend (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 15.10.19 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.6.2).

5.3 Das Unfallereignis vom 5. Dezember 2018, als der Beschwerdeführer infolge eines Fehltrittes mit dem rechten Knie umknickte, ist unbestritten. Einen Arzt suchte der Beschwerdeführer indes erst am 15. Januar 2019 auf. Dem erstbehandelnden Arzt gegenüber erklärte der Beschwerdeführer, nach dem Ereignis vom 5. Dezember 2018 seien umgehend Schmerzen aufgetreten, im Verlauf seien sie regredient gewesen, indes nie verschwunden. Weiter führt er als eigentlichen Grund der notfallmässigen Vorstellung aus, dass er am 15. Januar 2019 auf unebenem Gelände in ein Loch getreten und hängen geblieben sei, worauf die

Schmerzen wieder zunahmen. Mithin liegt für das Erstarken der zuvor regredien-ten Schmerzen ein weiteres initiales Ereignis vor. Es wird dieses von den behan-delnden Ärzten auch durchwegs beschrieben. Auch in der ersten Vorlage an die Kreisärztin wird als Diagnose "Knielastion rechts 12/18 und 01/19 mit persis-tenten Beschwerden" festgehalten. Die Kreisärztin geht in Beantwortung der ihr gestellten Fragen denn auch auf beide Ereignisse ein, vermutet, das Hämatom sei auf das Ereignis vom Januar 2019 zurückzuführen und der Meniskusriss sei nur mit möglicher Wahrscheinlichkeit unfallbedingt, auch angesichts beider Er-eignisse. Letztlich bleibt in der Beurteilung eine gewisse Unschlüssigkeit, nicht zuletzt aufgrund der Nennung zweier Ereignisse.

In der Folge kontaktierte die Vorinstanz zur Klärung des Ereignisses vom Januar 2019 die Arbeitgeberin (vgl. oben Erw. 3.8). Diese meldete - gemäss eigener Aussage nach Rücksprache mit dem Beschwerdeführer - zurück, der Unfall habe sich im Dezember 2018 ereignet; da die Schmerzen nicht besserten, habe der Beschwerdeführer im Januar 2019 einen Arzt aufgesucht. Aufgrund dieser einen Aussage der Arbeitgeberin schloss die Vorinstanz aus, dass sich im Januar 2019 etwas ereignete. Entgegen der ereignisnah aufgenommenen Anamnese im Not-fall des Spitals F. _____ (vgl. oben Erw. 3.2) und ohne weitere Abklärung (namentlich zusammen mit dem Beschwerdeführer) und ohne weitere Begrün-dung wird das in den Berichten der behandelnden Ärzte dokumentierte Ereignis vom 15. Januar 2019 negiert.

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. April 2019 wird wohl der aktenmässige Verlauf, worin durchwegs zwei Ereignisse dokumentiert sind, wiedergegeben. Auch wird explizit erwähnt, es würden zwei Unfallereignisse beschrieben, dann aber festgehalten, nach administrativer Abklärung und aktueller Datenlage sei von einem Unfallereignis am 5. Dezember 2018 auszugehen. Auf den offenkun-digen Widerspruch zu den ärztlichen Berichten wird nicht eingegangen. Auch wird nicht erläutert, inwiefern diese neue Ausgangslage Einfluss auf die erste Beurteilung vom 4. März 2019 hat, die ja in der Annahme zweier Ereignisse ab-gegeben wurde.

Es mag sein, dass ein allfälliger Vorfall vom 15. Januar 2019 versicherungsrecht-lich kein Unfallereignis darstellt und auch überhaupt nicht geeignet war, eine Körperschädigung (namentlich der vorliegenden Art) zu bewirken. Dies steht aber nur dann fest, wenn der Sachverhalt geklärt und beurteilt ist, nicht jedoch, wenn ein Vorfall entgegen der ereignisnahen Dokumentation des behandelnden Arztes grundsätzlich negiert wird.

Vernehmlassend führt die Vorinstanz wiederum aus, med.pract. I. _____ habe ja am 4. März 2019 ausdrücklich festgehalten, das Hämatom sei wahrscheinlich

auf das Ereignis vom 15. Januar 2019 zurückzuführen. Genau dieses Ereignis negierte sie aber später, weshalb diese Begründung nicht konsequent ist (auch die Arbeitsunfähigkeit anerkannte sie letztlich aufgrund des Hämatoms, das auf das Ereignis vom 15.1.2019 zurückzuführen sei, was dann konsequenterweise hinfällig wäre). Wenn die Vorinstanz sodann festhält, die kreisärztliche Schlussfolgerung sei unabhängig davon, ob sich ein oder zwei Ereignisse ereignet hätten, dann mag dies zutreffen für die Feststellung, der mediale Meniskusschaden sei degenerativ bedingt. Hingegen erfolgte keine Auseinandersetzung mit dem vom Beschwerdeführer vorgebrachten Hinweis, die Symptomatik und Operationsindikation sei erst durch die Ereignisse akut geworden (vgl. oben Erw. 4.2 und 4.4). Wäre von einer Aktivierung eines stummen Vorzustandes auszugehen (worüber sich die kreisärztliche Beurteilung vom 9.4.2019 nicht äussert), dann ist es durchaus relevant, ob sich am 15. Januar 2019 ein zweites Ereignis ereignete oder nicht (vgl. hierzu auch nachfolgend).

Damit aber kann nicht auf eine ärztliche Beurteilung abgestellt werden, die auf einem unvollständig erhobenen Sachverhalt beruht, resp. ohne Weiterungen einen Sachverhalt gemäss ereignisnah ärztlich erhobener Anamnese ausblendet.

5.4.1 Leistungspflichtig ist der Unfallversicherer, wenn die gesundheitlichen Beschwerden unfallkausal sind. Die natürliche Kausalität verlangt dabei nicht, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (vgl. oben Erw. 2.2.1). So besteht auch eine Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn ein Unfall einen (zuvor stummen) degenerativen Vorzustand aktiviert und zwar bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante (vgl. oben Erw. 2.2.2). Dies gilt selbst dann, wenn sich die Gesundheitsschädigung bei einer Gewichtung der konkurrierenden Ursachen zum stark überwiegenden Teil als Krankheitsfolge darstellt. Dies bedeutet unter Umständen, dass die versicherte Person Anspruch auf operative Eingriffe mit einschliessender zweckmässiger Behandlung hat, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen diene und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteil BGER 8C_423/2012 vom 26.2.2013 Erw. 5.3). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ur-

sache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011 vom 20.10.2011 Erw. 4.2.1).

5.4.2 In der ersten Vorlage an die Kreisärztin beantwortete diese die Frage, ob der operierte Schaden auf den Unfall zurückzuführen sei, es sei dies nur möglich wahrscheinlich, auch angesichts beider Ereignisse vom Dezember 2018 und Januar 2019. Auf die Folgefrage, seit wann die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen würden, antwortete die Kreisärztin am 4. März 2019, es seien zwei Ereignisse (5.12.2018 und 15.1.2019) angegeben. Das Hämatom (das ihres Erachtens eine Arbeitsunfähigkeit als unfallkausal erscheinen liess) sei auf das Ereignis vom 15. Januar 2019 zurückzuführen. Und weiter "Insofern wurde der stabile Zustand nach dem UE v. 05.12.2018 nach ca. 6 Wochen erreicht" (vgl. Vi-act. 18; oben Erw. 3.7).

Diese Kurzbegründung ist nur schwer zu verstehen. Sie beinhaltet ggfs. die Aussage, die anerkannte AUF sei durch das traumatisch bedingte Hämatom und nicht die Meniskusbeschwerden begründet (vgl. Antwort Frage 1), das Hämatom gründe auf dem Ereignis vom 15. Januar 2019, damit ("insofern") hätten die durch das Ereignis vom 5. Dezember 2018 aufgetretenen Meniskusbeschwerden nach sechs Wochen (bis zum zweiten Ereignis) keine Rolle mehr gespielt (vgl. Frage 3). Der im MRI vom 21. Januar 2019 festgestellte Weichteil-Befund, welchen die Kreisärztin erwähnt, ist lateralseitig (vgl. MRI-Bericht Vi-act. 16, ebenso kreisärztliche Beurteilung vom 9.4.2019 Vi-act. 30). Der am 15. Januar 2019 erhobene Lokalbefund (Vi-act. 16; oben Erw. 3.2) nennt demgegenüber Druckdolenz am medialen Gelenkspalt, Valgusstresstest mit diskreten Schmerzen am medialen Gelenkspalt, Steinmann I bei Aussenrotation diskrete Schmerzen über dem medialen Gelenkspalt, Apley-Grinding-Test medial positiv; mithin eine Symptomatik an der Gelenkinnenseite, was auf die mediale Meniskuläsion schliessen lässt (vgl. Henne-Bruns/Dürig/Kremer, Duale Reihe - Chirurgie, Thieme 3. Auflage, S. 866). Gemäss Anamnese bestanden die Schmerzen anhaltend, wenn auch regredient, seit dem 5. Dezember 2018 und wurden am 15. Januar 2019 wieder verstärkt. Bei dieser Sachlage bestehen mehr als geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung, "insofern" hätten die Unfallfolgen vom 5. Dezember 2018 nach sechs Wochen keine Rolle mehr gespielt. Die kreisärztliche Beurteilung vom 9. April 2019 geht auf die Frage des Erreichens des status quo sine vel ante überhaupt nicht mehr ein.

5.5 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 4. März 2019 wird die AUF mit dem unfallbedingten Weichteilbefund begründet und anerkannt. In den Akten liegt ein Arztzeugnis vom 29. Januar 2019, das eine volle AUF vom 30. Januar bis 4. Februar 2019 attestiert (Vi-act. 2). Der Hintergrund dieses Zeugnisses ist unbe-

kannt; ein ärztlicher Bericht vom 29. Januar 2019 liegt nicht vor. Es ist daher unklar, mit welchen Beschwerden die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich begründet werden, ob wegen dem Hämatom (wie die Kreisärztin ausführte) oder wegen den Kniegelenksschmerzen medial (gemäss Lokalbefund vom 15.1.2019).

5.6 Des Weiteren fällt auf, dass der Operateur in seinem Bericht zur Sprechstunde vom 4. Februar 2019 (Vi-act. 17) als Diagnose jene des MRI vom 21. Januar 2019 übernimmt, namentlich die degenerativen Veränderungen im Hinterhorn des medialen Meniskus mit komplexem Riss. Nach dem Eingriff, im Bericht zur Verlaufskontrolle vom 1. April 2019 nennt er als Diagnose keine degenerativen Veränderungen mehr, sondern beschränkt sich auf den komplexen Riss am Innenmenikushinterhorn (Vi-act. 31).

Gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 4. März 2019 werde intraoperativ ein komplexer Riss des degenerativ veränderten Innenmeniskus ohne Begleitverletzungen medial beschrieben (Vi-act. 18). Im Operationsbericht werden jedoch keine degenerativen Veränderungen des Innenmeniskus beschrieben, zumindest nicht explizit wie im MRI-Befund (vgl. Vi-act. 15). Gegenüber dem Beschwerdeführer soll Dr.med. H._____ ausgesagt haben, es hätten sowohl akute als auch degenerative Befunde vorgelegen, letztere allerdings im altersentsprechenden Rahmen (Vi-act. 39). Im Operationszeitpunkt war der Beschwerdeführer noch nicht 37-jährig. Allein aufgrund des Alters sind keine grossen degenerativen Veränderungen zu erwarten (Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, SZS 2018, S. 350; Kaelin et al., Behandlung degenerativer Meniskusläsionen, Swiss Medical Forum, 2018, S. 147 ff., 149); über seine bisherige berufliche und/oder freizeitliche Belastung der Kniegelenke ist nichts bekannt (vgl. Dubs et al., Knieschmerzen - Unfall oder Erkrankung? [Knietrauma-Check], SAEZ 2016 S. 1741 ff.). In der kreisärztlichen Beurteilung vom 9. April 2019 wird denn auch nur noch festgehalten, intraoperativ sei eine komplexe Hinterhornläsion des Innenmeniskus beschrieben (Vi-act. 30).

Ob den Kreisärzten intraoperative Bilder vorgelegen haben oder nicht, erschliesst sich aus den Unterlagen nicht. Auf jeden Fall steht nicht zweifelsfrei fest, welche degenerativen Veränderungen das rechte Kniegelenk aufwies; inwiefern hiervon der Meniskus betroffen war. Dies wäre indes notwendig, um beurteilen zu können, ob die Meniskusverletzung traumatisch oder degenerativ bedingt ist und ebenso für die Frage, ob durch ein resp. ggfs. zwei Unfallereignisse ein stummer Vorzustand verschlimmert oder aktiviert wurde. Soweit eine Aktivierung eines stummen Vorzustandes vorgelegen hat, wäre zu fragen, ob eine bereits zuvor latente Operationsindikation durch das Unfallereignis (resp. ggfs. die Unfallereignisse) zu einer akuten geworden ist, der Zeitpunkt des früher oder später viel-

leicht ohnehin notwendig gewordenen Eingriffs mit anderen Worten durch das versicherte Trauma bestimmt wurde oder ob der Operationsbedarf lediglich bei Gelegenheit der unfallbedingten kurativen und diagnostischen Handlungen entdeckt wurde, ohne dass der Zeitpunkt des Eingriffs einen inneren Zusammenhang mit dem Unfall aufweist (vgl. BSK-UVG Vollenweider/Brunner, Art. 36 Rz. 19 mit Hinweisen auf Rechtsprechung).

5.7 Zusammenfassend hat die Vorinstanz den versicherungsinternen Beurteilungen damit zu Unrecht vollen Beweiswert zuerkannt. Sie erweisen sich aufgrund des Dargelegten als nicht schlüssig, weshalb mehr als nur geringe Zweifel an deren Schlussfolgerungen bestehen. Die Sachverhaltsabklärung und die medizinische Beurteilung sind unvollständig, so dass über die Kausalität als Voraussetzung der Leistungspflicht der Vorinstanz noch nicht entschieden werden kann. Der Einspracheentscheid vom 26. Juni 2019 ist aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein versicherungsexternes Gutachten nach Art. 44 ATSG einhole und alsdann neu entscheide.

6.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

6.2 Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 26. Juni 2019 und die Verfügung vom 15. April 2019 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem anwaltschaftlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. 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 Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Dezember 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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.

Versand: 3. Januar 2020